
22102093578





TRAITEMENT

DE

L'AVORTEMENT INCOMPLET

TRAITEMENT



DE

L'AVORTEMENT INCOMPLET

PAR

Le Dr CHALEIX-VIVIE | Le Dr AUDEBERT

Chefs de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain

—

1896



TRAITEMENT

DE

L'AVORTEMENT INCOMPLET

AVANT-PROPOS

SOMMAIRE : Marche habituelle de la fausse couche des premières semaines et des premiers mois. — Conditions qui favorisent l'avortement incomplet. — Importance de l'évacuation totale de l'utérus après l'avortement. — Complications fréquentes de l'avortement incomplet. — Hémorragie. — Septicémie. — Accidents tardifs. — Polypes placentaires. — Deciduome malin.

Quand on étudie la marche habituelle de la fausse couche et les conditions anatomiques de l'utérus aux premiers mois de la grossesse, on comprend avec quelle fréquence et quelle facilité peut se produire la rétention totale ou partielle des annexes après l'expulsion du fœtus ou de l'embryon.

Si, tout à fait au début de la grossesse, la sortie de l'œuf abortif se fait généralement en un seul temps, cette issue *en bloc* est loin d'être aussi constante que le formulaient Gallard et Leblond, et cela par le processus même de l'hémorragie qui, à cette époque, est la cause mécanique la plus fréquente de l'avortement. L'épanchement sanguin qui se fait dans la cavité utérine déchire les liens fragiles qui unissent l'œuf à l'utérus, quelquefois le chorion et l'amnios lui-même.

La tunique musculaire utérine, encore en voie de développement, ne peut fournir à cette époque que de faibles contractions; le col, à peine ramolli, ne s'efface pas comme pour l'accouchement, et constitue un canal d'autant plus rigide que la grossesse est moins avancée. L'embryon, d'un faible volume, franchit aisément ce canal qui a à peine besoin de s'entrouvrir légèrement pour le laisser passer. Il disparaît perdu au milieu du sang, mais le véritable avortement n'est pas fait; le col se referme après la sortie du fœtus et il faut un nouveau travail pour que le reste de l'œuf puisse sortir. Or, comme le remarque M. Charpentier, ce reste de l'œuf se compose, non seulement du chorion et de l'amnios, mais de la caduque dont les adhérences à l'utérus sont encore très solides; de là, une nouvelle raison pour que le travail se prolonge, exposant la malade à de graves accidents. Nous rapportons plus loin le cas d'une jeune femme chez laquelle la longue rétention d'un fragment décidual, après une fausse couche, entretenait d'interminables pertes de sang (obs. XXII).

A une période plus avancée de la grossesse, les conditions varient un peu, mais rendent plus facile encore la rétention annexielle. Le placenta est constitué définitivement; il adhère intimement à la matrice et son volume est relativement plus considérable que celui du fœtus. D'autre part, il ne faut pas oublier, ce qui, d'ailleurs, concerne tous les âges de la grossesse, que, si c'est à un processus pathologique qu'est due la fausse couche, les altérations anatomiques qu'il entraînera, soit au niveau de la muqueuse utérine, soit au niveau des annexes du fœtus, pourront rendre ces dernières plus adhérentes et retarder ou compromettre leur évacuation.

A cette époque, l'avortement en deux temps est, comme on le sait, la règle, et l'avortement en bloc l'exception. Après l'issue du fœtus qui, grâce à sa mol-

lesse, a facilement franchi le canal cervical, le placenta reste encore dans l'utérus, décollé ou non, mais trop gros pour pouvoir sortir sans un nouveau travail d'expulsion. Le col, en effet, est revenu sur lui-même ct ce n'est qu'à l'aide de nouvelles contractions qu'il va se rouvrir pour livrer passage au placenta. Mais quoique plus accentuée que dans les premiers temps de la grossesse, la structure musculaire est encore rudimentaire, les contractions peuvent être faibles, espacées, lutter mal contre l'adhérence du placcnta et l'angustie relative du canal cervical. Aussi, trop souvent, ce second temps de l'avortement traîne-t-il en longueur, exposant par sa durée la parturiente aux redoutables complications de la putréfaction du placenta ou plus rapidement de l'hémorragie. Si le placenta cst décollé entièrement, l'hémorragie est en général peu abondante; s'il n'est décollé qu'en partie, elle est beaucoup plus considérable, car elle dure, continue ou intermittente, tant que le délivre n'est pas décollé entièrement et augmente à mesure que le travail se fait, une nouvelle perte de sang correspondant à chaque nouveau décollement. Nous citerons plus tard l'observation d'une femme chez qui la rétention placentaire avait provoqué pendant 35 jours une série d'hémorragies intermittentes après une fausse couche de trois mois (obs. XI).

L'éventualité de ccs terribles incidents donne donc à l'expulsion totale et rapide du placenta une importance de premier ordre. Le placenta ne tarde pas à devenir bientôt après l'avortement un hôte dangereux dont il faut par tous les moyens favoriser l'expulsion.

Chacun sait, et nous en donnons au cours de ce travail de nombreux exemples, que le placenta signale sa présence prolongée par des désordres dont le plus saillant est l'hémorragie. Cette dernière peut apparaître immédiate, formidable, peu de temps après la sortie du fœtus, ou se faire attendre plus longtemps, quel-

ques jours même, et surprendre par sa soudaineté ; elle peut cesser tout à fait pour reprendre par intermittences, ou se transformer en un suintement continu, interminable. Ces modalités varient évidemment suivant le degré ou la marche du décollement du placenta, comme aussi suivant les altérations infligées par sa rétention à la muqueuse utérine.

Moins bruyantes et ordinairement moins rapides, les complications septicémiques sont, elles aussi, d'une singulière gravité. Le placenta demeuré en totalité ou en partie dans l'utérus est destiné à devenir tôt ou tard un élément cadavérique, une source d'agents infectieux qui altèreront la muqueuse utérine et envahiront les annexes, le péritoine et parfois l'organisme tout entier.

Certes, il n'en est pas toujours ainsi et nombreux sont les cas où le placenta a été retenu quelques jours dans la matrice sans être corrompu ; nous racontons plus bas l'histoire d'une malade qui, 8 jours après une fausse couche, expulsa, avec une hémorragie soudaine qui faillit l'enlever, un placenta indemne de putréfaction.

Certains auteurs, et non des moins considérables, se sont appuyés sur cette innocuité fréquente de la rétention placentaire pour préconiser une thérapeutique d'expectation que nous nous attacherons à combattre.

Le placenta, disent-ils, et c'est vrai, peut demeurer frais et rosé des semaines et même des mois ; il vit d'une sorte de vie obscure, par imbibition, comme cela a lieu pour les organes ou les tissus dépourvus de vaisseaux ; il peut aussi, toujours sans se putréfier, se ratatiner, s'amincir et subir des modifications dégénératives. Il pourrait aussi, a-t-on dit, être *absorbé* dans l'utérus ou, d'autres fois, vivre encore et continuer à se développer quelque temps. Cette absorption nous paraît douteuse ; elle est établie, comme le fait remarquer Hégar, sur des observations peu concluantes : ou

bien le placenta s'est éliminé peu à peu, émietté, dissocié, entraîné par débris dans les écoulements, ou bien, le plus souvent, son expulsion est passée inaperçue.

A côté des faits indéniables où le placenta peut demeurer plus ou moins longtemps sans subir d'altérations putrides, tenant d'ailleurs la femme sous le coup d'hémorragies plus ou moins considérables, coïncidant avec les phases de son décollement, il en est de trop nombreux, et nous en rapportons plusieurs dans le cours de cet ouvrage, où sa putréfaction a entraîné des accidents septicémiques localisés ou généralisés, parfois mortels. D'ailleurs, longtemps à l'abri de toute invasion microbienne, il est toujours susceptible de s'infecter à un moment donné.

Ces accidents septiques peuvent être immédiatement légers, échapper même à une recherche superficielle, mais laisser derrière eux les lésions durables de l'endométrite, de la salpingo-ovarite et de la pelvi-péritonite chronique, et constituer pour l'avenir une tare morbide dans la sphère génitale.

Nous nous bornerons à signaler, sans nous y arrêter, la relation que certains auteurs ont, ces derniers temps, établie entre la rétention partielle ou totale placentaire, ou déciduale et la production de véritables tumeurs, soit bénignes (déciduome bénin, môle hydatiforme récidivée), soit malignes (déciduome malin ou sarcome chorio-cellulaire) (1).

L'avortement incomplet est donc un état dangereux et pour le présent et pour l'avenir, contre lequel le praticien doit être armé d'une technique très précise et bien définie dans ses moindres détails.

---

(1) Sanger. *Centralbl. f. gynäk.*, 31 août 1894.

Hartmann et Toupet. Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta, *Annales de gynécologie*, avril 1895.

Cazin. Déciduomes malins. *La gynécologie*, février 1896.

Doléris. Introduction à la pratique gynécologique, I, 209.

Ayant eu l'occasion de nous trouver très souvent l'un et l'autre en présence de cas de ce genre, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à étudier au point de vue purement clinique, en nous appuyant sur de nombreuses observations personnelles, la conduite à tenir en pareille circonstance. Ces observations ont été recueillies, soit dans notre pratique hospitalière, soit dans notre pratique en ville ; nous avons pu par conséquent nous rendre compte des difficultés multiples que le médecin rencontre hors de l'hôpital, privé souvent de toute assistance matérielle ou morale. Nous nous attacherons, dans notre étude, à nous placer sans cesse en présence de ces difficultés de toute nature qui rendent plus délicate et plus lourde la tâche du simple praticien.

Nous n'avons la prétention d'apporter aucun procédé nouveau ou aucun traitement spécial, nous voulons simplement étudier les diverses ressources que la thérapeutique met à la disposition du médecin dans la rétention placentaire et préciser leur valeur relative et leurs indications en présence des accidents auxquels peut donner lieu cette rétention.

Notre travail est divisé en cinq chapitres :

Le premier chapitre est consacré à l'*étude du diagnostic de la rétention placentaire.*

Dans le deuxième est discutée la conduite à tenir dans le cas où le placenta est retenu dans l'utérus après l'avortement, *sans que se soit encore manifesté aucun accident hémorragique ou infectieux.*

Le troisième et le quatrième étudient les moyens de combattre l'*hémorragie* et l'*infection* dues à la rétention placentaire post-abortive.

Enfin le cinquième tout entier est réservé à l'étude critique du *curettage instrumental,* à son manuel opératoire et à l'examen analytique des divers reproches qui ont été faits à cette intervention.

I

DIAGNOSTIC

Sommaire : Difficultés fréquentes du diagnostic de la rétention placentaire. — Absence de renseignements. — Réticences. — Incurie de la malade ou de son entourage.

Il faut d'abord poser le diagnostic de la grossesse. — Arrêt des règles, souvent mis sur le compte de la ménopause ou de la dysménorrhée. — Volume de l'utérus. — Aspect particulier du col abortif.

Diagnostic de la rétention. — Défaut d'involution utérine. — Causes d'erreurs dans l'appréciation du volume de l'utérus. — Palper bi-manuel. — Hystérométrie. — Curettage explorateur. — Sa valeur secondaire. — Examen des pertes vaginales. — Hémorragies persistantes. — Tranchées utérines. — Ténesme vésical et rectal. — Persistance de certains phénomènes sympathiques, vomissements, etc. — Thermométrie. — Accidents infectieux.

Il importe beaucoup, au point de vue pratique, de pouvoir immédiatement diagnostiquer la rétention placentaire. Malheureusement, parfois, les circonstances dans lesquelles le médecin est appelé lui créent de sérieuses difficultés.

Tout en laissant volontairement de côté les avortements criminels dont cependant nous avons pu constater la fréquence et la gravité, et où la défiance n'est que trop naturelle, nous trouvons de nombreux cas où l'enquête purement médicale de l'accoucheur sera entravée par les négations, les réticences et même les mensonges des malades ou de leur famille.

D'autres fois les malades elles-mêmes trompent sans le savoir leur médecin. Ce sont celles en particulier qui, tout entières à la lutte pour le pain quotidien, ne s'observent pas et laissent passer inaperçus les symptômes qui auraient pour nous une réelle valeur.

Souvent aussi, les sages-femmes qui ont donné leurs soins aux malades ont négligé d'examiner les pertes et ne peuvent fournir que des renseignements sujets à caution et le plus souvent entachés d'erreur. Il faut s'estimer heureux si, par leur impéritie ou par leur ignorance, elles n'ont pas été elles-mêmes la cause immédiate des accidents, en donnant aux femmes en imminence d'avortement le conseil de marcher beaucoup pour « faire tomber le placenta », ou en négligeant les soins de la plus élémentaire antisepsie dans la fausse couche incomplète. D'autres, pour hâter l'expulsion du délivre, administreront du seigle ergoté, ou, douées d'un optimisme exagéré, conseilleront aux malades de se livrer à leurs occupations ordinaires, en leur disant que « le reste se fondra ».

Cependant, malgré les obscurités et les incertitudes que nous venons de signaler, dans un certain nombre de cas, le diagnostic s'impose. Appelé au début de la fausse couche, on aurait pu par exemple en étudier les diverses phases : contractions utérines, expulsion de l'embryon, hémorragie, absence de délivrance, etc. D'autres fois les évènements qui se sont passés en l'absence de l'accoucheur lui seront rapportés fidèlement par la malade ou par quelqu'un de son entourage et il sera informé que le fœtus a été expulsé mais que les annexes sont encore retenues.

Bien des femmes ont intérêt à cacher leur grossesse, ou de bonne foi l'ignorent. Combien y en a-t-il, en effet, qui tiennent mal leur comptabilité menstruelle et chez lesquelles un retard de 15 jours, d'un mois ou plus, passe inaperçu! Aussi faut-il élucider d'abord l'existence de la grossesse. Pour répondre à cette question dont personne n'ignore les difficultés, on s'appuiera surtout sur la supression des règles et sur l'apparition d'une perte sanguine à un intervalle plus ou moins éloigné des dernières menstrues. Ici peuvent surgir deux cau-

ses d'erreur. En premier lieu, il arrive que les femmes d'un certain âge mettent facilement sur le compte de la ménopause une suppression de règles de cause gravidique; une hémorragie survenant deux ou trois mois après est alors considérée comme un accident d'*âge critique* et n'inquiète nullement la malade. Nous avons été témoin d'un fait de ce genre.

OBSERVATION I

Rétention placentaire post-abortive. Hémorragie. Tamponnement utérin d'attente. Curettage. Guérison.

Marguerite T..., 46 ans, deux grossesses antérieures, la dernière il y a vingt-quatre ans. N'a pas eu ses règles il y a trois mois; a pensé que cette disparition était due à la ménopause ; subitement, dans la nuit du 11 avril 1894 se déclare une violente hémorragie. Les caillots expulsés ont été jetés sans être examinés. Le petit fœtus n'a pu être retrouvé.

Appelé auprès de la malade, nous pratiquons, après un lavage vaginal et intra-utérin, le tamponnement de la cavité utérine, puis nous la faisons transporter à la Clinique d'accouchement où le lendemain, sous le chloroforme, nous faisons le curettage ; extraction de débris placentaires et membraneux volumineux, suites normales. Guérison.

Chez des femmes jeunes, dysménorrhéiques et habituellement mal réglées, le début de la grossesse échappe, une fausse couche précoce demeure inaperçue et les symptômes hémorragiques sont attribués au retour des règles. On a recueilli plusieurs faits de ce genre où les éléments évacués de l'utérus ont été soumis à l'examen histologique (1).

On recherchera les autres symptômes de la grossesse au début : modification de la glande mammaire, trou-

---

(1) Coyne. In *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*, 1894.

bles digestifs, nausées et vomissements, masque de la grossesse, pigmentation de la ligne blanche et des grandes lèvres, teinte violacée de la vulve et du vagin, etc. Quelle que soit la valeur relative de ces signes, ils ne comportent pas la quasi certitude comme la constatation directe du volume de l'utérus apprécié d'abord par le palper seul, puis par le palper combiné au toucher. Si en même temps qu'un utérus volumineux dépassant le pubis, on trouve les culs-de-sac du vagin notablement effacés, on aura un symptôme de la plus grande valeur séméiologique, et l'on pourra sinon affirmer, du moins annoncer comme très probable l'existence d'une grossesse.

L'état du col modifié par l'imminence de l'avortement est particulier. Souvent son aspect diffère totalement de celui qu'il affecte aux approches de l'accouchement à terme. Nous nous réservons de le décrire plus bas.

Si la grossesse n'est encore qu'ovulaire, les signes physiques en seront bien limités et mettront à l'épreuve la sagacité du praticien qui devra étudier avec soin les commémoratifs et surtout la marche des accidents.

Une fois le diagnostic de grossesse établi, il faut rechercher si cette grossesse est interrompue, c'est-à-dire si la fausse couche est déjà un fait accompli. Ici un véritable interrogatoire minutieux et précis s'impose : il est nécessaire de connaître la marche de l'avortement dans tous ses détails ; il faut se renseigner très exactement sur les phénomènes de début : coliques utérines, pertes d'eau, pertes de sang. Il faut insister sur l'expulsion possible de caillots ; sur le volume, l'aspect, la consistance de ces caillots ; examiner avec le plus grand soin tous les débris de quelque nature qu'ils soient (membranes, fragments embryonnaires, etc.), qu'on aura retrouvés dans le lit ou les linges de la malade. On doit ne pas oublier que l'œuf entier ou non,

si son volume est insuffisant pour provoquer une sensation de pesanteur sur l'anus, peut être rendu avec des caillots et à l'insu de la malade, quand elle urine ou va à la selle. Plusieurs de nos observations nous montrent ces faits comme très fréquents. Il sera donc indispensable de se faire montrer les linges, garnitures, vases, etc., dans lesquels ont été recueillies les pertes. Mais le plus souvent tout cela aura été jeté, involontairement ou non, par les personnes de l'entourage : alors on se laissera guider surtout par les données d'une exploration directe des organes génitaux.

Les écoulements vaginaux seront étudiés très attentivement; on notera leur abondance, leur couleur, leur odeur. Ils peuvent, en effet, affecter des modalités très différentes.

Tantôt, et le plus souvent quand l'avortement est récent, il s'écoule des organes maternels du sang pur en plus ou moins grande abondance; quelquefois, cette perte sanguine fait tout à fait défaut; d'autres fois, le sang est mélangé à des matières séreuses, purulentes, tenant en suspension des débris embryonnaires, des fragments de muqueuse utérine.

Absolument dépourvues d'odeur, dans certains cas, ces pertes peuvent être horriblement fétides et exhaler un relent gangréneux des plus pénétrants.

Le vagin est quelquefois obstrué de caillots, de débris placentaires muqueux qu'il faut examiner avec soin. Quand enfin on arrivera sur le col, on éprouvera, suivant les circonstances, des sensations très différentes. Souvent le doigt rencontrera un col de volume moyen, complètement fermé, d'une dureté ligneuse par places, avec parfois des traces non douteuses d'effraction et de violence; ou bien un col entr'ouvert, en éteignoir, dans lequel le doigt pénètrera jusqu'à l'orifice interne.

Mais, dans sa forme la plus commune, celle que l'on peut considérer comme pathognomonique de l'avorte-

ment, le col ne sera nullement effacé, perméable seulement d'un orifice à l'autre et, à l'extrémité d'un long couloir, on trouvera la cavité utérine agrandie, béante pour ainsi dire. On sera quelquefois assez heureux pour avoir très nettement la perception de masses (caillots ou placenta) contenues dans cette cavité; mais, fréquemment, elle paraît vide, soit qu'en réalité elle ne contienne rien ou seulement des débris minimes, soit qu'elle soit trop profonde pour être explorée dans toute son étendue.

Quand on est certain que la fausse couche est déjà effectuée, il reste encore à savoir si l'avortement est complet ou non; en d'autres termes, s'il existe une rétention placentaire ou membraneuse.

Nous venons de voir qu'en dépit de certaines circonstances rendant cette recherche très difficile, l'exploration intra-utérine révèle cette rétention d'une façon indubitable; mais, bien plus nombreux seront les cas où, manquant de constatations directes, le médecin sera obligé de rester dans le doute ou du moins devra puiser dans l'examen attentif et détaillé de la malade et dans l'appréciation de certains signes physiques et fonctionnels les éléments divers du diagnostic en suspend. C'est ainsi que l'exploration de l'utérus faite immédiatement permettra de constater l'existence d'un col présentant cette disposition en long boyau que nous venons de décrire. Ces caractères spéciaux auront une valeur d'autant plus grande que, par comparaison, le corps de l'utérus paraîtra plus gros, plus volumineux, plus distendu.

Mais cette forme particulière du col n'existe que dans les quelques heures qui suivent l'expulsion de l'embryon. Si l'examen a lieu 24 ou 48 heures après, alors que l'orifice du col est seulement entr'ouvert, admettant la pulpe du doigt, on sera frappé du volume de l'utérus, de sa disproportion avec la dimen-

sion d'un utérus non gravide ou d'un utérus revenu à l'état de vacuité.

Le segment inférieur paraîtra élargi, distendu ; le doigt percevra peut-être la sensation d'un corps étranger retenu dans la matrice. Mais, pour que le toucher ait plus de valeur, il faut qu'il soit pratiqué à plusieurs reprises, à quelques jours d'intervalle. On pourra, de cette façon, se rendre compte que la régression utérine ne se fait nullement. Si la malade a été placée dans des conditions telles que l'involution soit favorisée autant que possible (décubitus dorsal, injections chaudes, etc.), on comprendra que la consistance du volume de la matrice, le défaut de régression constituent un argument des plus solides en faveur de la rétention. C'est ce qui nous a permis, dans l'observation XX, de soupçonner, d'affirmer, dans la suite, l'existence d'une fausse couche incomplète et de proposer immédiatement une intervention radicale qui, si elle eût été acceptée, aurait mis notre malade à l'abri des graves accidents auxquels elle a été exposée plus tard.

Ce défaut d'involution est souvent fort difficile à constater, même par le palper combiné au toucher ; le tissu utérin est parfois tellement ramolli, surtout dans les cas d'infection, que le fond de l'organe ne peut être retrouvé et que les limites de l'utérus ne sont pas perceptibles.

Dans une de nos observations, nº XXXIII par exemple, le palper et la percussion hypogastrique ne nous avaient rien donné au point de vue de la délimitation de la matrice, et au cours du curettage qui eut lieu quelques instants après, nous pûmes constater que la cavité mesurait 12 à 14 centimètres de profondeur.

Les résultats du palper peuvent aussi être entachés d'erreur, quand l'utérus est fléchi et surtout rétro-fléchi. Ici il ne faut pas hésiter à pratiquer le toucher rectal qui permettra d'apprécier plus exactement que

le toucher vaginal les dimensions de l'organe gestateur.

Si l'on se trouve en présence de ces cas douteux où les sensations données par le palper et le toucher ne sont pas très nettes, on aura recours à l'hystérométrie. Un simple cathétérisme utérin, outre qu'il aura l'avantage de mesurer exactement la profondeur de la cavité, donnera quelquefois des renseignements précieux et imposera le diagnostic si l'hystéromètre a rencontré des masses libres ou encore adhérentes qui ne peuvent être que des débris abortifs. Mais il ne faut pas accorder une trop grande confiance à ce mode d'exploration. Nous avons vu bien souvent le cathétérisme utérin fournir des données négatives dans les cas où la curette ramenait de volumineux fragments placentaires (Obs. XXIV).

Toutefois, après une injection utérine, on pourra ramener pris entre les branches d'une sonde dilatatrice un petit morceau de placenta qui lèvera tous les doutes. Dans une de nos observations (obs. XXII), nous avons eu la bonne fortune de confirmer notre diagnostic à l'aide de ce moyen vraiment trop hasardeux pour que nous lui accordions une réelle valeur.

Il est un autre mode d'investigation utérine qui nous paraît d'une application bien peu pratique : c'est le *curettage explorateur*. En effet, si la curette râcle au hasard dans l'utérus un point quelconque de la paroi, il faudra vraiment une véritable chance pour que ce râclage porte justement sur l'insertion placentaire ou même sur le point où est encore adhérent le morceau de délivre quelquefois très menu qui entretient les accidents (Obs. XXIII et XXV).

Ici, de bonne foi, ne vaut-il pas mieux procéder de suite à un curettage non plus explorateur mais évacuateur et complet?

Nous devons signaler encore une cause d'erreur dans l'appréciation du volume de l'utérus. Certaines femmes présentent autour de cet organe des exsudats, reliquats

d'anciennes pelvi-péritonites qui font corps avec la matrice et augmentent notablement ses dimensions; si un examen approfondi n'a pas suffi pour établir la délimitation entre les produits de la périmétrite ancienne et l'utérus, on aura recours à l'hystérométrie qui tranchera la question.

L'étude des pertes vaginales diverses donne d'utiles renseignements. Le plus souvent, dans les avortements des premières semaines, il n'y a pas de lochies à proprement parler; mais plus tard, quand la grossesse est plus avancée (1 mois et demi à 2 mois) l'élimination de la muqueuse se fait lentement, par fragments minimes tenus en suspension dans le liquide séro-sanguin venant de l'utérus et qui, en raison de leur altération, lui communiquent une odeur souvent fétide. Ces lambeaux noirâtres ou grisâtres, le plus souvent sphacélés, sont à ce moment le meilleur indice de la rétention et tant que leur élimination n'est pas accomplie, on peut dire que la fausse couche n'est pas terminée. D'autres fois, on observe dans les lochies de véritables débris placentaires et alors il n'y a plus d'hésitation possible, le diagnostic d'avortement incomplet s'impose.

On rencontre fréquemment dans la pratique des cas où, après une fausse couche de 2 mois 1/2 à 3 mois, la délivrance spontanée s'est produite, mais en examinant attentivement le délivre, on s'aperçoit que la masse placentaire est éraillée, déchirée, et que le tissu des cotylédons manque par endroits. Il est facile de reconnaître alors que la délivrance est incomplète.

OBSERVATION II

Avortement incomplet. Infection. Curettage.

Charlotte L..., primipare, entre à la Clinique d'accouchement le 17 juin 1895. Dernières règles, 21 janvier 1895.

A perdu du sang dès le commencement de juin. Le 16, après

de vives douleurs, expulse un fœtus mort et momifié suivi le lendemain d'un placenta déchiqueté et incomplet.

Deux injections utérines dans la journée. T. : 37,5.

Le lendemain 18 juin, le col s'étant refermé, les injections utérines sont impossibles. Lochies fétides. T. : 38,5.

Le 19, T. : 38,8. Curettage avec anesthésie. Dilatation du col avec les bougies de Hégar. La curette ramène quelques débris placentaires peu volumineux et fétides. Irrigations utérines. Tamponnement utérin enlevé le lendemain.

La température est redevenue normale. Régression utérine.

La malade sort guérie 15 jours après.

OBSERVATION III

Avortement de 3 mois. Délivrance incomplète. Curettage. Guérison.

Alexandrine L..., 38 ans, cuisinière, secondipare.

Dernières règles, 15 novembre 1894. Le 1er mars 1895, tombe du haut d'une échelle. Dans la nuit, contractions utérines violentes, hémorragie; au matin, expulsion du fœtus et du placenta dans la voiture qui la conduit à la Clinique.

T. : 38,6. Injection vaginale et utérine.

3 mars : frisson intense. Lochies fétides. T. : 40°.

Curettage avec anesthésie, cavité utérine très profonde, 15 centimètres. On ramène de nombreux débris placentaires. Il s'écoule beaucoup de sang pendant l'opération.

Ecouvillonnage utérin à la glycérine créosotée au tiers. Grand lavage utérin. L'utérus se rétracte notablement. Tamponnement utérin et vaginal à la gaze iodoformée. T. soir : 39°.

Le lendemain ablation du tamponnement utérin qui est sale et exhale une très mauvaise odeur. Lavage utérin. T. : 38°.

Pendant les deux jours qui suivent, la température varie entre 38 et 38,8. Injections utérines et sulfate de quinine. Puis la température tombe à 37° et la guérison est bientôt complète.

Ces faits montrent une fois de plus quelle extrême attention il faut apporter à l'examen de l'arrière-faix. Enfin, on voit assez fréquemment des fragments pla-

centaires retenus s'effriter et s'éliminer par débris qui passent presque inaperçus dans les lochies, mais se déposent au fond des vases qui reçoivent l'eau des injections et y forment une sorte de boue constituée par de petits corps comparables à des grains de sable. On a vu exceptionnellement des placentas entiers s'éliminer de la sorte sans accidents, mais aussi, au cours de cette élimination très lente, peuvent survenir des complications hémorragiques ou infectieuses d'une extrême gravité.

L'hémorragie est évidemment un des signes les plus communs de la rétention placentaire, non pas qu'elle soit absolument constante, il est des observations où elle ne s'est jamais produite, mais il est fort rare qu'à un moment ou à un autre, à une date plus ou moins éloignée de l'expulsion de l'embryon, quelquefois immédiatement (Obs. XV et XVI), d'autres fois 8 jours (1) ou même plusieurs semaines après (Obs. XXIX et XLIII) n'apparaisse un écoulement sanguin d'abondance variable.

Comme nous l'étudierons dans le chapitre III, l'hémorragie revêt diverses formes. Parfois brusque, foudroyante, ainsi que nous en rapportons plusieurs cas,

---

(1) Observation IV : *Avortement. Hémorragie qui dure 8 jours. Curage digital. Guérison.* — Mme X..., secondipare, enceinte de trois mois, éprouve, vers le 20 juin 1895, de vives coliques avec douleurs lombaires. Elle s'alite et ses douleurs cessent; mais elles reprennent le 30 juin et en allant à la garde-robe, elle expulse un petit fœtus. Pendant 8 jours, séjour au lit; pas d'accidents. Chaque jour deux injections vaginales et une injection intra-utérine au sublimé.

Le 7 juillet se déclare, après quelques coliques, une hémorragie assez violente. La malade perd depuis deux heures au moment ou nous sommes appelé. Pouls faible, pâleur, aspect syncopal. Grande injection utérine très chaude.

Le placenta est en partie dans le col, mais il est retenu par un pédicule large de deux centimètres.

Le décollement total par le curage digital est pénible. Une fois qu'il est effectué l'hémorragie s'arrête. Nouvelle injection utérine; léger tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Suites normales. Guérison.

2

elle est constituée d'autres fois par un suintement sanguin qui dure 15 jours (Obs. XXV), plus de 20 jours (Obs. XXII), ou même plus d'un mois (1), jusqu'à ce que l'extraction des éléments retenus vienne y mettre fin.

A côté de ces signes primordiaux, l'examen attentif des organes génitaux en révèle d'autres que l'on aurait tort de négliger; telles sont les *tranchées* qui se rencontrent dans les fausses couches de plus de cinq mois, mais peuvent exister aussi dans les avortements plus précoces et constituent alors un signe de rétention. Ces tranchées ne devront pas être confondues avec les *douleurs utérines* ou *péri-utérines* qui annoncent un début d'infection. Ces dernières siègent le plus souvent dans une corne et n'apparaissent qu'à la pression. Les tranchées sont spontanées, elles peuvent s'irradier vers le sacrum, les reins, les cuisses, les plis inguinaux. Souvent aussi, les femmes accusent une sensation de pesanteur dans l'anus, des envies fréquentes d'uriner, du ténesme rectal et vésical, etc.

Dans certains cas, la persistance de phénomènes sympathiques de la grossesse peut être la source d'indications utiles. C'est ainsi que dans l'observation sui-

---

(1) Observation V : *Avortement. Hémorragie de trente-cinq jours. Curettage. Guérison.* — Julienne R..., 23 ans, entre à la Clinique le 28 octobre 1894, 3 pare, dernières règles, 24 août 1894. Perd du sang avec une certaine abondance depuis fin septembre. Etat général mauvais. Aspect anémique, faiblesse extrême. Col fermé. L'utérus paraît peu volumineux. Les injections vaginales chaudes n'arrêtent pas la perte de sang.

Curettage sans chloroforme après introduction dans le col d'une sonde dilatatrice. De nombreux débris placentaires sont amenés. Ecouvillonnage. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Le lendemain, ablation du tampon.

L'état général fut assez lent à s'améliorer complètement et ce n'est qu'une quinzaine de jours après que la malade avait repris toutes ses forces.

vante, des vomissements incoercibles, qui continuaient après l'ouverture de l'œuf et l'expulsion de l'embryon, nous ont fait penser à la rétention du délivre. Le curettage décolla de volumineux morceaux de placenta et mit fin à tous les accidents.

OBSERVATION VI

Vomissements incoercibles. Avortement incomplet. Phénomènes d'infection. Curettage. Guérison.

Mme K..., 30 ans, octipare, D. R., en mars 1895.

A la fin d'avril, est prise de vomissements d'abord alimentaires, puis glaireux et bilieux. Pendant une huitaine de jours, ces vomissements n'amènent aucun retentissement sur l'état général, mais vers le 10 mai, la malade remarque qu'elle maigrit et, vers le 20 mai, elle est obligée de s'aliter.

La médication (morphine, cocaïne, belladone, révulsion épigastrique) demeure sans résultat. Vomissements incessants; aucun aliment solide ou liquide n'est gardé depuis le 27 mai. On pèse les aliments ingérés et les matières vomies : celles-ci sont plus abondantes.

Urine très rare, légèrement albumineuse; brouillard devant les yeux; céphalée. Le ventre grossit peu à peu, les seins augmentent de volume.

Le 4 juin, dans la nuit, la malade perd une certaine quantité d'eau roussâtre, mais n'en prévient personne; depuis s'établissent des pertes séro-sanguinolentes qui deviennent fétides au bout de trois ou quatre jours.

Le 10 juin, T. M. : 39,5, T. S. : 40,2.

Le 11 juin, nous sommes appelé à la voir en consultation.

Amaigrissement très marqué; vomissements incessants. La malade se remue avec peine, mais répond avec lucidité aux questions qu'on lui pose. L'utérus, nettement perceptible dix jours auparavant, nous dit le médecin traitant, échappe au palper. Lochies fétides et abondantes; col entr'ouvert; orifice interne fermé; culs-de-sac vaginaux vides. L'utérus dépasse légèrement le pubis, mais sa consistance est mollasse.

Nous diagnostisquons : Vomissements incoercibles persistant

malgré la mort et l'expulsion probable du produit de la conception; infection due à la rétention placentaire et à l'absence de tout soin antiseptique.

Sur notre conseil, la malade entre à la Clinique Obstétricale. Lavage minutieux des organes génitaux. Dilatation progressive de l'utérus avec les bougies de Hégar. Injection utérine avec la sonde de Doléris. Introduction de la curette d'Auvard. Pas d'anesthésie. Utérus très profond : 12 centimètres. La curette ramène de volumineux débris placentaires putréfiés. Badigeonnage créosoté de la muqueuse utérine; pansement iodoformé utérin et vaginal.

Au matin, grand frisson qui dure plus d'une demi-heure; T. : 40,2. A 4 heures, T. : 3,86; à 6 heures, 38,2 et à 9 heures du soir, 37,6.

La malade est très lasse. Elle prend du champagne glacé et *ne vomit plus.* Le matin même, avant l'opération, elle avait vomi tout ce qu'elle avait pris et, depuis l'opération, elle n'a plus eu un seul vomissement.

Le 13 juin, température normale; on ne touche pas au pansement. Champagne et bouillons glacés. La malade, qui avait jusque-là la plus grande répugnance pour les aliments solides, demande à manger. Elle se sent beaucoup plus forte. Urine encore peu abondante.

14 juin : Amélioration notable. Température normale; pas de vomissements. L'alimentation est chaque jour plus copieuse; elle est bien tolérée. Les suites de l'opération sont absolument normales. Pas une fois la température n'a dépassé 37,4. Depuis le moment de l'opération, la malade n'a pas vomi une seule fois. Elle sort en parfait état le 22 juin.

Les *données du thermomètre* sont très importantes. Toutes les fois qu'on soupçonnera l'évacuation incomplète de l'utérus post-abortum, il faudra prendre au moins deux fois par jour la température de la malade. Grâce à cette précaution, les débuts d'une infection ne risqueront pas de passer inaperçus. Toute élévation de température insolite, si elle n'est en rapport avec aucun autre état pathologique qu'il faudra rechercher,

indiquera que l'utérus renferme des éléments placentaires ou une muqueuse malade et infectée et par conséquent dictera la conduite de l'accoucheur et l'amènera à une thérapeutique énergique qui aura pour visée le nettoyage de la cavité utérine ou l'abrasion de l'endomètre.

En résumé, on tâchera de grouper en faisceau tous les symptômes que nous venons d'énumérer et qui, pris séparément, n'ont qu'une valeur relative. On se basera surtout, pour établir le diagnostic de rétention post-abortive, sur la *non involution* ou la *sub-involution* utérine, sur la persistance de l'hémorragie et on s'attachera en conséquence à surprendre le début des phénomènes infectieux qui indiquent que cette rétention tend à prendre une allure plus grave et ne tardera pas à amener de sérieuses complications.

II

DE LA CONDUITE A TENIR EN DEHORS DE TOUT ACCIDENT

Sommaire : La présence du délivre retenu constitue un danger et expose à une hémorragie subite (Observations), ou à des accidents infectieux. — Tout doit tendre à hâter son expulsion. — Ne pas donner d'ergot de seigle. — Injections vaginales chaudes. — Injections utérines. — Considérations relatives à leur manuel opératoire. — Tamponnement utérin. — Son manuel opératoire. — La dilatation utérine à la gaze iodoformée. — Curage digital ; sa description ; ses difficultés. — S'il échoue ou est impossible, curettage instrumental.

Il importe maintenant de préciser le rôle du médecin auprès d'une femme chez laquelle il a reconnu que l'avortement s'est fait d'une façon incomplète. Si au moment où il est appelé existent déjà les accidents habituels de la rétention totale ou partielle du placenta, l'hémorragie ou l'infection, son action doit être rapide et nous nous réservons d'étudier plus loin les moyens les plus sûrs et les plus prompts de conjurer ces dangereuses complications. Mais bien souvent la situation est la suivante : le fœtus a été chassé des parties maternelles, le placenta demeure encore tout entier dans la cavité utérine ou bien quelques fragments seulement en ont été expulsés. La femme ne perd pas de sang ou la perte est insignifiante. Il n'y a pas de fétidité des écoulements, pas de douleur utérine, pas de modifications de la température ou du pouls, en un mot aucun signe d'infection.

A notre avis, ce serait un tort que de compter sur la durabilité de cette absence d'accidents, et de s'en tenir

à une sécurité trompeuse ; il ne faut pas quitter la malade, avant d'avoir rendu impossible l'éventualité de phénomènes, une hémorragie par exemple, qui pourraient se produire brusquement quand on n'est plus là pour y porter remède.

Bien entendu, dans l'examen que l'on fera de la parturiente, on usera de l'asepsie la plus absolue, on lui donnera les soins antiseptiques d'usage, si elle ne les a déjà reçus. Si, en pratiquant le toucher, on trouve, ainsi qu'il arrive quelquefois, le délivre tombé dans le cul-de sac postérieur du vagin, où sa présence a été tolérée en raison de son petit volume, on pourra l'amener tout doucement au dehors. Si, au contraire, on constate qu'il sort au travers du col un fragment du placenta, il ne faut pas s'attarder à l'extraire, la délivrance qu'on obtiendrait serait incomplète et ne mettrait guère à l'abri d'accidents ultérieurs.

Si la fausse couche est récente, on peut attendre, ainsi qu'on le fait pour la délivrance qui suit l'accouchement, en se bornant à donner à la malade des soins antiseptiques et des injections vaginales chaudes.

Il faut bien se garder de donner de l'ergot de seigle par la voie buccale ou sous forme d'injections hypodermiques d'ergotine. C'est un fait aujourd'hui accepté de tous que l'ergot n'active pas l'expulsion du placenta, mais, faisant contracter l'utérus en masse, referme le col et augmente les chances de rétention.

Si la délivrance traîne en longueur, ce qui, nous l'avons vu, est très fréquent dans l'avortement, en raison de l'incomplet développement des fibres musculaires de l'utérus, de l'état du col et des adhérences annexielles possibles, il faut ne pas oublier que la présence du délivre constitue un danger qui peut, d'un instant à l'autre, se manifester subitement.

Dans ces cas, les injections vaginales chaudes peuvent solliciter le muscle utérin et réveiller des contrac-

tions expulsives. Il faut toujours recourir à ce moyen ; l'irrigation abondante du vagin assure d'abord l'antisepsie et peut aussi remettre en marche le travail interrompu.

On a dit, dans la plupart des Traités classiques, que l'*expectation antiseptique* devait être la règle et, qu'en l'absence de toute hémorragie et de toute infection, il fallait laisser au placenta le temps de sortir tout seul. Cette opinion, nous l'avons nous-même soutenue et nous retrouvons, sous notre nom, dans les Bulletins de la Société d'anatomie de Bordeaux, 1890, des observations de placentas retenus impunément dans la cavité utérine et expulsés, non altérés, quelques jours après la fausse couche, sans qu'il eût été fait un autre traitement que l'antisepsie vaginale la plus parfaite. Mais, en relisant ces observations, on peut se demander si elles ne militent pas contre l'expectation plutôt que de la défendre : l'une d'elles a trait à une jeune femme qui fit, à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital Saint-André, une fausse couche de trois mois, le 22 octobre 1890 ; cinq jours se passèrent sans qu'il y eût aucune élévation de température ou aucune perte de sang. Mais, le 27, dans la nuit, le placenta fut expulsé brusquement et il se déclara en même temps une hémorragie si abondante que la malade eut des phénomènes syncopaux et que sa vie fut un instant compromise. On la secourut, on la guérit ; mais il faut songer qu'elle était dans une clinique d'accouchements où les soins appropriés lui furent donnés sur le champ par un personnel exercé. En ville, à plus forte raison à la campagne, elle aurait infailliblement succombé victime de l'expectation.

Le fait suivant, survenu dans notre clientèle particulière, a laissé dans notre esprit une très vive impression.

OBSERVATION VII

Avortement incomplet. Hémorragie foudroyante. Curettage. Guérison.

Mme V..., 25 ans, fait, le 2 janvier 1895, une fausse couche de trois mois environ. Le fœtus seul est expulsé, puis rien ne vient. Lavages vaginaux antiseptiques.

Quatre jours après, la sage-femme, inquiète de cet état de choses, nous fait appeler. L'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigts. Pas de douleur en aucun point. Température normale. Le col entr'ouvert admet la pulpe de l'index. *Depuis l'expulsion du fœtus, aucun écoulement sanguin ou autre*, pas de coliques. Envies d'uriner fréquentes.

Nous avertissons l'entourage du danger que crée la rétention des annexes au double point de vue de l'hémorragie et de l'infection puerpérale et nous proposons de débarrasser l'utérus de son contenu au moyen d'un curettage. On nous demande une consultation avec un confrère qui est d'avis de laisser les choses en l'état et de se borner, puisqu'il n'y a ni perte de sang ni mauvaise odeur, à maintenir l'antisepsie vaginale. Son avis prévaut et nous ne voyons plus la malade.

Dans la nuit du 9 janvier, c'est-à-dire 7 jours après la fausse couche et 3 jours après la consultation, nous sommes appelé en toute hâte auprès d'elle. Après quelques petites coliques, elle s'est mise brusquement à perdre du sang en abondance. Une grande injection vaginale très chaude demeure sans effet. Au toucher, le col paraît entr'ouvert, mais le doigt ne perçoit aucun élément placentaire. La malade est très affaiblie, son pouls est petit, sa peau est froide. Nous lui faisons une piqûre de caféine ; puis, la faisant maintenir en travers de son lit dans la position obstétricale, nous déprimons la paroi postérieure du vagin au moyen d'une valve. Nous pinçons le col utérin avec une pince tire-balles, puis nous tamponnons l'utérus et la cavité vaginale de gaze iodoformée taillée en lanière. On relève peu à peu l'état de la malade : boissons alcooliques chaudes, piqûres de caféine, bouillotes, bandage roulé des jambes maintenues relevées.

Le lendemain 10, bonne journée, état général meilleur, tem-

pérature normale; tampon utérin et vaginal ne cause aucune douleur. Miction spontanée.

Le 11, nous étant préparé à compléter plus activement notre intervention, nous demandons à faire placer la malade sur une table dans la position obstétricale. Nous dévidons le tampon vaginal et utérin; il ne s'écoule pas de sang. Lavage vaginal et injection utérine de 3 litres d'eau sublimée à 0,25 centigr. pour 1,000 avec la sonde dilatatrice de Doléris faiblement écartée.

Le doigt est introduit dans l'utérus et perçoit le placenta partiellement décollé, flottant et paraissant tenir par un de ses bords en un point qui ne nous est pas accessible.

Alors, nous armant d'une curette annulaire droite, nous détachons le placenta solidement adhérent à la corne gauche. Lavage utérin. Nouveau tamponnement utérin et vaginal à la gaze iodoformée.

Cette opération inattendue de la malade a été très rapide et en somme peu douloureuse ; elle a, semble-t-il, surtout souffert au moment où nous avons pratiqué le tamponnement utérin.

Le surlendemain 13, ablation du tampon, lavage vaginal. Plus de perte de sang. Suites opératoires normales. Involution très prompte.

Ces faits, ainsi que bien d'autres, démontrent que si l'expectation antiseptique est à la rigueur possible dans un service hospitalier où les malades sont constamment surveillées et pourront recevoir une assistance immédiate, ou admissible en ville avec bien des réserves, lorsque la malade est confiée à une garde experte et intelligente capable de lui donner à temps les secours nécessaires, elle constitue, dans la majorité des cas de la pratique, une grosse imprudence.

Ce n'est pas seulement au point de vue de l'hémorragie que nous blâmons l'attente pure et simple, mais aussi au point de vue de l'infection. Certes, celle-ci ne peut avoir le début soudain, brutal, d'emblée périlleux d'une grande perte de sang. D'autre part, en pratiquant des lavages vaginaux, des lavages utérins, en tenant

devant la vulve du coton ou de la gaze antiseptiques, on peut souvent éviter des complications puerpérales. Cependant nous avons dans nos observations des cas de rétention où se sont produits des accidents infectieux au bout de quelques jours de traitement vaginal et utérin. Nous savons que les troubles qui peuvent en résulter se révèleront à un observateur soigneux et attentif assez à temps pour qu'on puisse y remédier. L'extraction du placenta fera ordinairement céder les accidents, mais ces accidents, il eût mieux valu les éviter. D'ailleurs ce placenta ainsi retenu a pu laisser derrière lui une muqueuse utérine plus ou moins altérée par son long séjour et dont les modifications retentiront presque sûrement plus tard sur la trompe, les ovaires et le péritoine pelvien. Il faut aussi considérer que lorsqu'un état septicémique puerpéral se manifeste ouvertement par une élévation de température, par la fétidité spéciale des lochies, etc., il est déjà entièrement constitué et en possession du terrain qu'il a envahi. Il pourra céder rapidement devant un traitement approprié, la malade n'en aura pas moins été à un moment donné imprégnée d'éléments infectieux, qui plus tard peut-être se montreront sous une autre forme. C'est ainsi que l'on voit au bout d'un temps variable, quelquefois assez long, éclater une phlébite chez certaines accouchées qui ont eu dans leurs suites de couches tout au plus une légère atteinte d'endométrite septique avec quelques élévations de température.

C'est un tort que de vouloir, avec M. Guéniot, fixer des limites déterminées à ce que l'on a appelé la rétention normale du délivre; ces propositions sont absolues et arbitraires. C'est plutôt dans la marche du travail qu'il faut trouver un encouragement à attendre ou à agir.

Si cette marche est continue, si le travail ne subit pas une trop longue interruption après l'issue du

fœtus, si les contractions sont soutenues et progressives et si l'état du col ne donne pas lieu de craindre que l'utérus redevienne inactif et silencieux, on peut, bien entendu quand il n'existe pas d'accidents, attendre comme après un accouchement normal. Mais si l'observation attentive de la malade montre que les contractions ont absolument cessé et nê reparaissent plus, si l'examen direct apprend que le col se referme, emprisonnant le placenta, et que le corps de l'utérus demeure mou, flasque, inerte, il faut craindre avec raison que les choses en restent là pour un temps plus ou moins long. On est alors autorisé à ne plus compter sur les simples effets de la nature. Souvent, en effet, d'autres causes que la paresse utérine, des adhérences dégénératives, par exemple, retiendront le placenta. De plus, l'attente d'accidents qui se produiront presque sûrement laisse au col le temps de se refermer plus étroitement et rend par conséquent plus difficiles et plus complexes les manœuvres d'extraction qu'imposera peut-être l'avenir.

Après l'injection vaginale, le procédé le plus simple et auquel il faut toujours avoir recours est l'*injection utérine,* qui suffira souvent à réveiller les contractions musculaires et à hâter l'expulsion du placenta. L'injection utérine est une opération délicate dont la technique extrêmement importante a été admirablement décrite, par le professeur Tarnier, dans son remarquable *Traité de l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*. Nous nous bornerons simplement à insister sur quelques points de détail. L'instrument le plus commode et du maniement le plus facile et le plus inoffensif est la sonde à double courant de M. Budin. C'est d'elle que nous conseillerons toujours l'emploi aux gens peu familiarisés avec la pratique des injections utérines.

Dans certains cas il peut y avoir avantage à recourir

à un instrument qui puisse en même temps irriguer la cavité utérine et augmenter la perméabilité du col. Il existe plusieurs sondes dilatatrices; celle que nous préférons est la sonde de M. Doléris, dont les extrémités sont très mousses, très arrondies et ne risquent pas, comme plusieurs autres à bec pointu et à branches presque tranchantes, de perforer le tissu utérin. De plus, son écartement est très lent, très doux, très graduel. Ces conditions sont importantes. Bien des perforations en effet ont été faites par des dilatateurs mécaniques à terminaison trop aiguës ou à écartement trop brusque.

D'ailleurs l'écartement du col ne doit jamais être forcé, il faut, pendant l'injection dilatatrice, procéder avec douceur et varier par moment le degré d'écartement. Il vaut mieux rapprocher entièrement les branches de la sonde avant de la retirer de l'utérus ; souvent en effet, dans certaines rétentions de fragments placentaires ou membraneux, on aura la chance de ramener pris entre les branches de la sonde un débris de délivre.

Le choix du récipient destiné à contenir le liquide de l'injection n'est pas sans importance ; il faut proscrire absolument tous les appareils à propulsion mécanique ou intermittente, tels que les clysopompes, les injecteurs à boule en caoutchouc qui lancent le liquide avec un jet brusque et sont essentiellement favorables à la pénétration abondante de l'air dans l'utérus. Les fontaines vaginales en tôle émaillée ou en verre, les poches de caoutchouc qui peuvent entrer dans une trousse d'accoucheur sont bonnes en ce sens qu'elles assurent un écoulement continu et par le seul poids du liquide. Tout au plus peut-on citer au point de vue anecdotique le procédé condamnable d'un médecin qui irriguait l'utérus au moyen d'une seringue à hydrocèle et d'une sonde uréthrale.

Les laveurs vide-bouteilles, si précieux en ce sens qu'ils sont très portatifs et peuvent trouver place dans la trousse de tout accoucheur et de toute sage-femme, ne garantissent pas, nous semble-t-il, du danger de la pénétration de l'air.

Le liquide employé doit être bien entendu l'eau chaude, très chaude même à 45 ou 50°. En effet, comme on le sait, l'eau chaude amène des contractions musculaires qui sont durables, tandis que la contractilité due à l'eau froide n'est que passagère et bientôt remplacée par de l'inertie.

L'eau chaude employée doit être non seulement aseptique mais aussi antiseptique. L'eau bouillie ne suffirait pas : Souvent les malades auprès desquelles on est appelé ont été soumises à des touchers suspects et peuvent être déjà infectées. On l'additionne de sublimé, 25 centigrammes ou même 20 centigrammes par litre (Tarnier). Nous avouons ne pas suivre M. le professeur Tarnier dans sa proscription absolue du sublimé pour les injections utérines. Certes, nous ne pouvons parler au nom d'une statistique semblable à celle du maître incontesté de l'obstétrique française, mais il nous semble, en nous rappelant les faits de notre pratique et ceux que nous avons vus dans plusieurs maternités françaises et étrangères, que le sublimé employé avec réserve, avec discernement, causera de bien rares accidents, surtout si l'on a soin de faire suivre l'injection au sublimé d'un nouveau lavage à l'eau légèrement phéniquée ou même simplement bouillie.

L'injection utérine doit toujours être donnée à basse pression. Le récipient qui contient le liquide ne doit pas être élevé à plus de 30 ou 40 centimètres au-dessus du plan du lit. L'opérateur doit veiller à cela, car les personnes que l'on charge de tenir la fontaine vaginale ont toujours de la tendance à la trop élever. On évitera ainsi ces accidents qui peuvent parfois revêtir une ex-

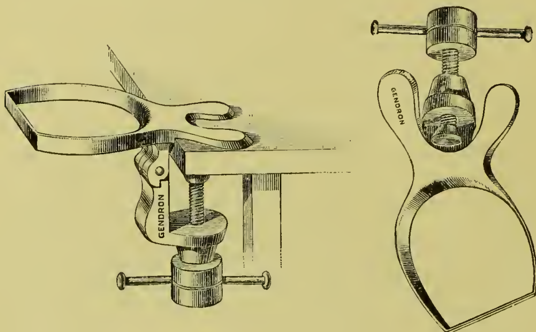
trême gravité et qui ont été si bien décrits par M. Tarnier.

Lorsqu'une injection utérine sera impossible en raison de l'insuffisante perméabilité du col, il faut renoncer d'emblée à l'expectation, même en l'absence de tout signe d'infection, rétablir la perméabilité du canal cervical au moyen des tiges de Hégar, laver la cavité utérine et en hâter l'évacuation par l'un des moyens que nous allons bientôt étudier.

Une ou deux injections utérines chaudes prolongées sont demeurées sans résultat. Que faire? Nous le répétons, il ne faut pas quitter la femme sans l'avoir mise à l'abri d'un accident soudain, comme ceux qui ont failli être mortels dans les cas que nous avons rapportés plus haut. Si la fausse couche est récente et remonte à quelques heures, si on peut confier sa malade à la surveillance d'une garde intelligente, exercée et capable de lui porter secours, on peut attendre encore jusqu'au lendemain, par exemple, avant d'intervenir. Mais si ces conditions ne se trouvent pas réunies, l'expectation simple est une imprudence. Quels moyens pourrait donc employer le médecin désireux de mettre sa cliente à l'abri de toute hémorragie subite? *Le tamponnement utérin* seul garantit une sécurité absolue. Une femme dont l'utérus est bien tamponné ne perdra pas une goutte de sang. De plus son contact excitant, son volume peuvent faire contracter l'utérus et détacher le placenta, si bien que l'ablation du tampon amènera quelquefois l'issue du placenta décollé.

Pour faire ce tamponnement utérin, il faut mettre la malade en travers de son lit dans la position obstétricale, ou, ce qui donnera plus de facilité, plus de jour à l'opérateur, l'installer comme pour un pansement gynécologique sur une table, les jambes soutenues par des aides ou bien les pieds appuyés sur des pédales comme

celles que l'un de nous a fait construire par M. Gendron (de Bordeaux) (1). Soins antiseptiques (savonnage de la vulve, injections vaginales, cathétérisme vésical,



flambage des instruments, etc.). On saisit la lèvre antérieure du col avec une pince tire-balle ; la pince dite de Duplay est pour nous la plus aisée à manier, en outre, les crochets en sont très arqués et n'écrasent pas entre eux les tissus cervicaux, ce qui rend souvent la saisie du col douloureuse. Pour faciliter ce temps de l'opération, on découvrira le col à l'aide d'un spéculum de Cusco ou de Bouveret ou d'une valve appliquée sur la paroi postérieure du vagin. Parfois même, si l'on n'a à sa disposition qu'un outillage très restreint et si le col n'est pas très loin de la vulve, on pourra avec un peu d'habitude, en se guidant simplement sur deux doigts, appliquer sans spéculum et sans valve la pince utérine sur la lèvre antérieure du col. Mais il est plus sûr, si l'on n'a pas une grande coutume de ces manœu-

---

(1) Dr Chaleix-Vivie. Pédales gynécologiques présentées à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 1892.

vres, de découvrir le col avec un spéculum de Bouveret et d'appliquer la pince sur la lèvre antérieure, d'enlever le spéculum, ce qui, grâce à la modification apportée par Bouveret, peut se faire sans toucher la pince, et d'y substituer une valve placée au niveau de la paroi postérieure du vagin et confiée à un aide. A la rigueur, si l'on n'a pas de valve et si le col n'est pas très gros, on pourra opérer simplement avec le spéculum. La fixation du col à l'aide de la pince, modérément douloureuse, inoffensive dans de bonnes conditions d'asepsie, est essentielle à la réussite de l'opération, elle empêche le col d'être repoussé par la pénétration du tampon, elle redresse dans une certaine mesure les courbures utérines et mettant pour ainsi dire en la main de l'opérateur la *sensation de l'utérus*, elle constitue, comme nous le verrons à propos du curettage, une des meilleures garanties contre tout accident. Aussi doit-on tenir soi-même de la main gauche la pince fixatrice.

On a préparé à l'avance et déposé dans un récipient quelconque, par exemple une assiette passée à la flamme, une lanière de gaze iodoformée, longue au moins de 3 mètres et large de 3 centimètres, que l'on a découpée soi-même dans une pièce de gaze, à moins que l'on n'ait à sa disposition de ces bandelettes toutes prêtes, comme on en trouve chez certains fabricants. On fait tenir cette assiette tout près de la vulve par un des aides, le même qui tient la valve. Si cet aide fait défaut, on peut à la rigueur, ainsi que cela nous est arrivé dans certains cas d'urgence, opérer seul en mettant sur ses genoux le récipient qui contient la gaze iodoformée et en prenant toutes précautions pour que, dans son trajet, la gaze iodoformée n'ait de contact qu'avec la valve ou le spéculum.

La lanière de gaze iodoformée étant saisie à l'une de ses extrémités avec une longue pince à mors étroits, on la place dans la lumière du canal cervical; à ce

moment, il vaut mieux, avant d'introduire la gaze iodoformée dans le fond de l'utérus, ne plus la tenir entre les mors de la pince qui, en se retirant, la ramènerait infailliblement au dehors, mais refermer la pince et s'en servir tout simplement pour pousser peu à peu le ruban de gaze. Il faut bourrer méthodiquement l'utérus en commençant par tapisser, pour ainsi dire, son fond et ses angles. On est surpris, quand on n'a pas l'habitude du tamponnement, de la quantité de gaze qui pénètre aisément dans un utérus relativement peu développé. Lorsqu'on croit l'avoir rempli entièrement, on voit qu'en suivant doucement le long de la face antérieure ou de la face postérieure, on peut encore introduire une bonne longueur de gaze.

La fixation du col au moyen d'une pince est d'un précieux secours pour cette dernière manœuvre. Elle tend l'utérus, le maintient et sans elle il n'est pas possible, croyons-nous, de faire un tamponnement utérin *en bloc, le seul qui puisse assurer la prophylaxie et au besoin l'hémostase.* Une fois l'utérus rempli, on continuera en bourrant le vagin et, si la bandelette par laquelle on a commencé est insuffisante, on la nouera fortement à une autre, de façon que, tous les éléments du tampon se tenant, son ablation soit rendue plus facile.

Il sera bon, une fois le tamponnement terminé, de sonder la malade. La réplétion du vagin, en effet, peut quelquefois gêner la miction, mais ce fait est relativement rare.

Dans les cas où le canal cervical serait refermé, on pourrait en rétablir la perméabilité au moyen de quelques tiges de Hégar, mais, le plus souvent, ce temps préalable sera inutile : l'introduction patiente et progressive d'un ruban de gaze iodoformée constitue par elle-même un mode excellent de dilatation. Nous avons vu, à Genève, le regretté professeur Vulliet la prati-

quer sur des utérus non gravides dont le canal cervical admettait à peine un hystéromètre de petit calibre.

En ces cas où la perméabilité du col est très restreinte, nous préférons pousser la gaze iodoformée avec un hystéromètre à boule terminale très arrondie plutôt qu'avec une pince à pansements utérins.

Le tamponnement utérin a ce grand avantage qu'on peut en toute sécurité s'éloigner de la malade sans avoir à craindre la soudaineté d'une hémorragie. C'est cette considération qui nous a guidé dans l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

Avortement incomplet. Expulsion spontanée du placenta après un tamponnement utérin d'attente.

Mme J..., 30 ans, primipare. Dernières règles au commencement d'avril. A éprouvé, dans la nuit du 18 au 19 juillet 1895, des coliques continues et d'intensité croissante. A expulsé à six heures du matin, après une très légère perte de sang, un fœtus qui paraît âgé de trois mois. Depuis, aucune perte de sang. Nous sommes appelé auprès d'elle le même jour, 19 juillet, à midi. Le corps de l'utérus dépasse le pubis de trois travers de doigts ; le col est largement ouvert quant à son orifice externe, mais l'orifice interne est difficilement perméable.

Pas de mauvaise odeur. Température normale. Aucun signe d'infection. Grande injection vaginale qui ne ramène que quelques petits caillots insignifiants. Depuis l'expulsion du fœtus, la malade n'a éprouvé aucune douleur. Ne pouvant confier la parturiente à aucune garde exercée et considérant qu'elle habite si loin que, dans le cas où le décollement du placenta entraînerait une hémorragie, il serait difficile de lui apporter un rapide secours ; d'autre part, nous défiant des soins qu'elle recevrait dans le milieu ignorant et pauvre où elle vit, nous nous décidons à intervenir.

La malade étant mise dans la position obstétricale, nous pratiquons un lavage très soigneux de la vulve et du vagin.

Précautions antiseptiques d'usage. N'ayant pas d'aide pour tenir une valve et craignant de ne pouvoir que difficilement abaisser l'utérus, nous nous servons d'un spéculum ordinaire. Saisie et fixation du col avec une pince; la sonde utérine ne pénétrant que très difficilement, nous renonçons à faire un lavage utérin. Nous poussons doucement la gaze iodoformée et la faisons pénétrer dans l'utérus plus aisément que nous ne l'aurions cru. Nous pratiquons ainsi un tamponnement très serré. Cette opération a été douloureuse, surtout vers la fin.

Le soir à 8 heures, nous revoyons la malade; son état est excellent. Température, 37,5. Elle a uriné spontanément.

Le lendemain, 20 juillet, à 4 heures de l'après-midi, température, 37°; quelques coliques dans la matinée. D'ailleurs, la présence du tampon est très bien tolérée.

Le tampon est enlevé. Il est, en la partie qui correspondait avec la cavité utérine, légèrement imprégné de sang, mais n'exhale aucune mauvaise odeur. Nous donnons ensuite une injection utérine; l'introduction de la sonde de Doléris est rendue difficile, non plus, cette fois, par l'étroitesse du canal cervical, mais par la présence du placenta qui paraît prêt à sortir. En effet, introduisant un doigt dans le col, nous l'amenons très doucement au dehors. Il sort tout entier avec les membranes. Nouveau lavage utérin et vaginal. Suites de couches excellentes.

Cette spontanéité de la sortie du placenta après le tamponnement utérin est loin d'être constante; elle fait défaut dans nos autres observations. Il faut compter en effet non seulement avec l'insuffisance de l'action expulsive du muscle utérin, mais encore avec certaines adhérences anormales qui retiennent le placenta et peuvent rendre son décollement difficile même au doigt et à la curette. C'est dans ces cas que la traction sur le placenta avec une pince amènerait facilement une déchirure de l'utérus; il faudrait donc rigoureusement s'en abstenir si le placenta paraissait en partie décollé et facilement accessible.

Quand le tamponnement utérin n'a pas réussi à amener l'expulsion du placenta, on peut, si l'on n'ose intervenir plus activement, faire un nouveau tamponnement qui sera peut-être plus efficace; le mieux serait d'aller directement à la recherche du délivre et d'opérer son extraction. Pour cela, deux procédés ont été proposés : le curage digital et le curettage instrumental.

Le *curage digital* a été décrit minutieusement par l'un de nous (1) dans une thèse faite en un temps où l'intervention instrumentale causait encore une terreur exagérée.

Voici comment on le pratique :

La femme est placée dans la position obstétricale. Une main presse fortement sur le fond de la matrice, à travers la paroi abdominale et l'abaisse le plus possible ; l'autre, mise en cône, pénètre dans le vagin. L'index va à la recherche du col et, s'il le trouve perméable, s'insinue dans le canal cervical. Si l'orifice interne est fermé, « il suffira d'une pression continue, quoique douce, pour qu'il s'entrouvre et livre passage au doigt ». Souvent il sera inutile d'abaisser l'utérus à l'aide d'une pince : ainsi que l'a signalé Guéniot, dans de nombreux cas d'avortement, le col est assez voisin de l'orifice vulvaire. L'index, et, s'il est permis, le médius, sont introduits dans l'utérus. Ils s'efforcent d'aller aussi haut que possible pour atteindre l'insertion placentaire elle-même. Le doigt fait le tour des parties adhérentes, soulève celles qui sont libres, se glisse doucement entre la masse placentaire et le tissu utérin de façon à la mobiliser et à la détacher de son point d'implantation. Il vaut mieux gratter soit avec la pulpe du doigt, soit avec les ongles, mais plutôt détruire les cotylédons par une pression directe, exercée par le doigt

(1) Dr Audebert. *De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive.* Thèse de Bordeaux, 1890.

appliqué à plat sur la paroi et animé d'un mouvement de va et vient. Les débris placentaires décollés sont amenés au dehors par le doigt replié en crochet. On termine l'opération par un grand lavage utérin qui balayera toutes les parcelles demeurées en liberté dans la matrice.

Cette intervention est douloureuse; pour la faire avec des chances sérieuses de succès, il faut, sauf chez certaines grandes multipares, introduire la main dans le vagin, ce qui est très difficilement supporté et quelquefois malaisé surtout chez les primipares. Dans ces cas, on ne pourra guère se passer du chloroforme; de plus, bien souvent, le doigt n'aura pas une longueur suffisante pour explorer tout l'utérus; quelquefois il ne pénètrera pas au fond des angles, ce qui sera une lacune, et laissera derrière lui des fragments placentaires.

Le curage digital sera presque impossible dans les avortements précoces, susceptibles cependant d'entraîner des accidents de par le fait de la rétention.

Nous n'hésitons donc pas à dire que, sauf les cas où la pénétration digitale sera facile et bien supportée, où l'insertion placentaire sera très aisément atteinte, le curage digital sera insuffisant, mais cependant nous estimons que, en raison de son innocuité, il faut toujours le tenter avant de recourir au curettage instrumental. Dans les cas où, pour les raisons que nous avons exposées déjà, l'expectation nous paraît dangereuse, nous ferons donc le tamponnement utérin, opération sûre, prudente, mais délicate, douloureuse, exigeant presque les mêmes apprêts que le curettage sans garantir comme lui l'évacuation complète et définitive de l'utérus. Aussi, toutes les fois que les circonstances diverses avec lesquelles il faut compter dans le choix d'une intervention nous le permettront, c'est le curettage instrumental que nous préfèrerons.

C'est à lui que nous avons eu recours dans le cas

suivant après nous être borné d'abord, vu le séjour de la malade à la Clinique Obstétricale et la surveillance à laquelle elle était soumise, au traitement par les injections utérines, données d'ailleurs sans résultat.

OBSERVATION IX

Avortement. Rétention placentaire. Pas d'accident. Curettage. Guérison.

Marie M.., 29 ans, ouvrière, tertipare. D. R., 12 déc. 1894. Expulse le 16 avril 1895 à la Clinique Obstétricale un fœtus macéré. Aucun signe de syphilis. Les contractions utérines cessent; la délivrance ne se fait pas. Le 16, le 17, le 18, injections utérines bi-quotidiennes qui ne ramènent rien. Température normale. Aucun écoulement vaginal. Pas de douleur.

Le 19, après anesthésie, nous pratiquons le curettage, après avoir sans résultat tenté le curage digital. L'utérus est profond et mesure près de 20 centimètres.

Les premiers coups de curette ne ramènent aucun fragment placentaire et *provoquent le bruit décrit sous le nom de cri utérin*. Nous aurions pu croire, si la malade n'avait pas été soumise à une étroite surveillance, que la délivrance était faite. Enfin, en insistant, nous détachons un gros débris placentaire, puis d'autres aussi volumineux. Le placenta était inséré au fond de l'utérus. L'utérus, après le curettage, a perdu près de la moitié de sa profondeur.

Badigeonnage à la glycérine créosotée au tiers. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Ce tamponnement est enlevé le lendemain. Suites normales.

Dans la pratique, un autre inconvénient de l'expectation consistera dans ce fait que des femmes, surtout dans les milieux pauvres, ne consentiront pas à rester au lit pour attendre l'issue du délivre et, ne se sentant pas malades, reprendront, comme si rien d'anormal ne se passait, leurs travaux habituels. C'est là une des raisons qui ont motivé notre intervention dans l'observation qui suit :

OBSERVATION X

Avortement. Rétention placentaire. Pas d'accident. Curettage.

Louise T..., 23 ans, journalière, sextipare; fait le 26 juillet une fausse couche de trois mois et demi.

Nous sommes appelé auprès d'elle six jours après. Température normale. Pas de perte de sang. Nous lui conseillons de se faire transporter à la Clinique Obstétricale pour y être soumise à une surveillance plus étroite. L'utérus est volumineux; il n'est pas douloureux. La température reste normale. Cette situation dure six jours encore. La malade, lassée du repos auquel elle est soumise, déclare qu'elle veut retourner chez elle et reprendre son travail. On se décide à intervenir et, douze jours après l'avortement, le curettage est pratiqué sans anesthésie. L'utérus mesure 12 centimètres. La curette ramène de volumineux fragments de placenta.

Suites normales. Régression rapide de l'utérus.

La malade part guérie dix jours après l'opération.

Nous voulons faire du curettage post-abortif une étude complète et pratique, exposer avec soin tous les détails de son manuel opératoire, examiner les attaques dont il a été l'objet et les accidents qu'on lui a imputés. Aussi lui consacrerons-nous à la fin de ce travail un chapitre à part, ce qui nous permettra de mieux en indiquer l'emploi selon les complications hémorragiques ou infectieuses qui peuvent aggraver la rétention du délivre.

III

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES HÉMORRAGIES PAR RÉTENTION PLACENTAIRE

Sommaire : Modalités diverses de l'hémorragie. — Immédiatement grave et abondante ou bien lente et continue, ou survenant par intermittences. — Peut être sérieuse quel que soit l'âge de la grossesse et souvent même après des fausses couches ovulaires. — Moyens divers d'hémostase. — Injections vaginales chaudes. — Injections utérines. — Insuffisance et danger de l'ergot de seigle. — Tamponnement vaginal. — Manuel opératoire, mode d'action. — Danger du tamponnement vaginal mal fait. — Observations. — Procédés qui s'attaquent directement à la cause de l'hémorragie, c'est-à-dire à la rétention placentaire. — Curage digital, ses échecs fréquents. — Tentative d'extraction avec une pince, procédé déplorable. — Curettage instrumental, procédé de choix. — Si les circonstances ne permettent pas d'y recourir, on a la ressource précieuse du tamponnement utérin, agent infaillible d'hémostase. — Ballon dilatateur de l'utérus. — Cas où peut suffire un simple *traitement gynécologique*. — Ses fréquents insuccès. — Conduite à tenir après les grandes hémorragies. — Relever l'état général. — Bander les membres. — Injections sous-cutanées d'éther, de caféine. — Inhalations d'oxygène et surtout *transfusion de sérum artificiel*. — Manuel opératoire. — Formules de sérum.

L'hémorragie, accident à évolution rapide, parfois foudroyante, demande un traitement d'une immédiate efficacité. Si l'infection puerpérale, à part quelques cas où sa marche précipitée surprend toute prévision, se déroule le plus souvent avec une certaine lenteur et laisse un peu de temps au traitement, la perte de sang, au contraire, peut d'un seul coup tuer la malade par sa violence ou compromettre gravement sa santé. Tous les accoucheurs ont dans l'esprit ces cas terribles où le sang de la malade fuit avec sa vie, où ses forces

s'éteignent, où les syncopes se succèdent entraînant rapidement la mort.

Quelquefois la mort survient en pleine hémorragie, d'autres fois l'intensité de cette dernière a été telle que, malgré l'arrêt du sang, la femme succombe au bout de quelques heures à la déchéance organique où l'a plongée la spoliation sanguine. Dans d'autres cas, le décollement du placenta amène une hémorragie brusque plus ou moins abondante, qui s'arrête au bout d'un temps variable ; quelques heures et quelques jours après, nouveau décollement placentaire, nouvelle perte; il peut en être ainsi jusqu'à ce que le placenta soit totalement décollé et expulsé. Cet état se prolonge plusieurs jours, chaque perte affaiblit davantage la malade qui peut arriver à un point de dépression tel qu'il suffit quelquefois d'une légère effusion sanguine pour amener la syncope et la mort. Nous venons de voir tout récemment à la Clinique Obstétricale de Bordeaux une jeune femme très vigoureuse qui, après avoir fait une fausse couche de trois mois, n'expulsa son placenta que cinq jours plus tard. Comme il n'y avait aucune menace d'infection, on se borna chez elle à une expectation antiseptique, mais il se produisit pendant ce temps-là de petites pertes de sang, courtes, peu abondantes, renouvelées deux ou trois fois par jour; enfin le placenta sortit au cours d'une hémorragie assez appréciable. A la suite de ces incidents, la malade demeura très pâle, très anémiée, et très affaiblie.

L'observation suivante a trait à une femme chez laquelle des hémorragies intermittentes se sont répétées pendant 35 jours. L'une d'elles a failli l'emporter, non point parce qu'elle était plus intense que les autres, mais parce que la malade était plus affaiblie. La gravité de son état général décida l'entourage à réclamer un secours énergique : le placenta fut enlevé par le curettage et toute perte de sang fut définitivement arrêtée.

OBSERVATION XI

Rétention prolongée du placenta. Hémorragies répétées. Curettage. Tamponnement utérin.

Marie P..., 35 ans, quintipare. Dernières règles le 30 mars. Vers le milieu de mai, perd du sang par suintement continu, ne cesse pas son travail. Le 10 juin, sans aucune douleur, hémorragie, expulsion de gros caillots qui n'ont pas été examinés. — Elle se met au lit. Prend des injections chaudes et se relève trois jours après, la perte ayant à peu près cessé. Le 20 juin, nouvelle hémorragie qui s'arrête au bout de cinq jours pour revenir le 5 juillet. Cette fois la perte dure trois jours très abondante, paraît céder sous l'influence du repos et des injections chaudes et se transforme en suintement intermittent. Mais le 11 juillet, la perte recommence brusquement dans la matinée vers midi, avec une telle intensité que la malade, très effrayée, appelle son médecin, qui pratique, après une injection chaude antiseptique, un tamponnement vaginal soigneux et nous envoie chercher.

Nous la voyons à 4 heures : elle est pâle, affaiblie, les battements du cœur sont bons. T. 37°. L'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigts. Le tamponnement vaginal est enlevé, aussitôt il s'écoule une grande quantité de sang. Aucun signe d'infection.

Le canal cervical est occupé par une masse placentaire qui paraît adhérente à la paroi antérieure de l'utérus.

Chloroformisation, sur la demande expresse de la malade. Grand lavage vaginal à l'eau sublimée très chaude.

L'utérus est fixé au moyen d'une pince de Duplay placée sur la lèvre antérieure du col.

Avec la curette, nous détachons l'adhérence qui retient en un point limité le placenta.

Après une injection utérine chaude au sublimé, à 0,20 cent. pour 1000, nous introduisons à nouveau la curette. Le fond de l'utérus présente une convexité très saillante dans la cavité utérine tandis que les cornes, surtout la corne droite, sont en infundibulum très profond. Cette disproportion rend le curettage très délicat et très difficile. Cependant nous promenons

méthodiquement la curette en tous points et ramenons de nombreux débris de placenta et de muqueuse épaissie.

Badigeonnage vigoureux de la cavité utérine avec deux gros tampons d'ouate hydrophile, imprégnés de glycérine créosotée au tiers.

Lavage utérin et vaginal. Il ne s'écoule plus de sang. Cependant par prudence nous faisons un tamponnement utérin à la gaze iodoformée et bourrons également le vagin.

L'opération a duré moins d'un quart d'heure.

Le tampon est enlevé le lendemain; il n'exhale aucune mauvaise odeur; malgré sa présence, la malade a pu uriner seule.

Injection vaginale. Pas d'écoulement sanguin. Température normale. L'opérée, entièrement remise, a pu se lever au bout d'une quinzaine de jours et partir pour la campagne. Retour des règles 35 jours après l'opération. Depuis elles ont été normales.

D'autres fois, la rétention d'un fragment placentaire de volume minime entretient non pas une véritable hémorragie, mais un suintement sanguin constant ou intermittent qui peut durer pendant des mois, minant lentement les forces des malades; la jeune femme qui fait l'objet de l'observation XXII qu'on lira plus bas était arrivée à un état d'émaciation extrême.

Contrairement à ce qu'ont avancé certains auteurs, l'hémorragie peut être inquiétante et durable quel que soit l'âge de la grossesse. Nous rapportons plusieurs faits très démonstratifs de métrorragies graves, consécutives à des *fausses couches ovulaires* incomplètes.

Le traitement a donc ici tout son mérite dans la rapidité de son action. Son but doit être la suppression immédiate et définitive de l'hémorragie. C'est là ce qui constitue l'infériorité des traitements symptomatiques, tous palliatifs, que nous allons passer en revue. La seule thérapeutique réellement efficace est celle qui s'inspire de la pathogénie et poursuit uniquement l'évacuation totale de l'utérus.

Les *injections vaginales* chaudes sont le traitement le plus ordinairement employé dans la pratique. Nous ne contestons pas leur valeur; nous pensons, au contraire, qu'il ne faut jamais s'en abstenir, elles ont pour principal mérite de déblayer et de désinfecter le vagin, facilitant ainsi une intervention plus active; elles peuvent arrêter même totalement la perte de sang, mais il est rare qu'elles amènent l'expulsion du délivre retenu; par conséquent, elles ne produisent qu'une hémostase passagère, infidèle et sur laquelle on aurait tort de compter.

Les *injections utérines* ont, on le sait, une action véritablement héroïque dans les hémorragies dues à l'inertie utérine qui suit l'accouchement; elles excitent en effet les contractions de ces fibres musculaires qui jouent, vis-à-vis des vaisseaux béants, le rôle de *ligatures vivantes.* Mais même là, elles peuvent échouer lorsqu'il reste dans la matrice soit tout le placenta, soit même un seul cotylédon ou quelques caillots; aussi est-il urgent dans ces circonstances — Tarnier le préconise — de déblayer avec la main la cavité utérine pour rendre possible la contractilité musculaire que l'injection utérine obtiendra dès lors dans toute son énergie. De même après l'avortement; les injections utérines donneront une faible hémostase tant que persistera la rétention. Leur seule utilité peut être d'activer l'expulsion annexielle, surtout si l'on fait usage de sondes dilatatrices telles que celle de Doléris; elles ont échoué dans presque tous les cas d'hémorragie *post-abortum* où nous avons voulu avoir recours à elles seules. Elles seront précieuses lorsqu'il s'agira de faciliter et de préparer une intervention évacuatrice immédiate; elles en complèteront très heureusement l'effet en déblayant la cavité utérine.

Nous ne parlerons que pour les condamner avec énergie, des *injections utérines caustiques coagulantes*

préconisées à tort par certains auteurs, surtout à l'étranger, qui ne redoutent pas de pousser dans l'utérus de la teinture d'iode, du perchlorure de fer, etc., comme agents hémostatiques. De graves accidents toxiques ou emboliques en ont été souvent la conséquence, d'autant plus que ces injections sont faites habituellement avec des appareils sans double courant, tels que la seringue de Braun.

Les *crayons de chlorure de zinc,* quoique défendus avec opiniâtreté ces dernières années, disparaissent heureusement dans le passé.

L'*ergot de seigle,* avec ses dérivés, l'ergotine et l'ergotinine, constituait aux yeux de nos devanciers un traitement de choix. Il avait, disait-on, la double propriété d'arrêter l'hémorragie par vaso constriction et de hâter, en excitant les contractions utérines, l'expulsion du placenta. Malheureusement les faits ne justifient pas cette opinion longtemps admise. L'ergot fait contracter l'utérus dans sa totalité, peut aider dans une certaine mesure au décollement du placenta mais l'emprisonne par resserrement du canal cervical. Bien plus, nous n'hésitons pas à contester son action hémostatique sur un utérus non encore évacué. Nous avons été souvent appelé auprès de femmes chez lesquelles l'ergot de seigle par la voie buccale ou l'ergotine par piqûres hypodermiques n'avaient pas amendé une hémorragie entretenue par la rétention de tout ou partie du placenta. Il avait complètement échoué dans le cas suivant :

OBSERVATION XII

Avortement de deux mois. Hémorragie et infection. Emploi infructueux du seigle ergoté. Rétention placentaire. Curettage. Guérison.

Marie C..., 22 ans, journalière, entre à la Clinique Obstétricale le 27 mars 1894. Trois grossesses antérieures normales. Dernières règles 10 janvier. Le 15 mars elle reçoit dans les

reins un choc très violent. Elle éprouve subitement une vive douleur lombaire et hypogastrique qui dure quatre ou cinq jours. Pas d'écoulement de sang.

Le 20 mars, perte peu abondante d'un liquide jaunâtre légèrement rosé. Dans la nuit du 22 au 23 mars se produit subitement, sans douleur préalable, une hémorragie très abondante; les deux matelas et le sommier ont été traversés par le sang. La perte a duré de deux heures à six heures du matin. Elle s'arrête spontanément. De nombreux caillots ont été expulsés et n'ont pas été examinés.

Le 23 et le 24, la malade garde le lit, mais ne reçoit aucun soin.

Le 25, elle se lève, l'hémorragie reprend brusquement; la malade, déjà très affaiblie, a une syncope. Une sage-femme lui administre en deux prises 4 grammes d'ergot de seigle. Coliques très violentes. La perte continue. Transport à la Clinique. Femme pâle, affaiblie, voix éteinte. T. : 39°; P. : 120. Une odeur infecte s'exhale de la vulve. L'injection vaginale ramène quelques débris placentaires putréfiés et odorants. La malade est placée dans la position obstétricale. Le col peu ouvert, dur, admet difficilement le doigt; cependant, grâce à l'abaissement exercé à travers la paroi abdominale, par la main gauche, on arrive à travers un long conduit étroit et rigide à la cavité du corps qui paraît remplie de caillots.

Grande injection utérine avec la sonde de Doléris faiblement écartée. Le curage digital serait impraticable.

Pas d'anesthésie chloroformique. Une pince tire-balle fixe le col sans l'abaisser, ce qui, d'ailleurs, serait impossible. La curette ramène de petits débris et un morceau de placenta de 4 centimètres sur 3 et d'une épaisseur de 1 centimètre et demi ayant une odeur fétide. Injection intra-utérine; badigeonnage vigoureux de l'utérus avec un tampon de coton imbibé d'eau phéniquée à 50 p. 1000. Une petite mèche de gaze iodoformée est introduite dans la cavité utérine, puis le vagin est légèrement bourré de gaze. Après l'opération, T. : 38,8. Le soir, T. : 39,4.

Le lendemain, 28 mars, T. : 37°, le matin. Le soir, T. : 37,6. Ablation du pansement utérin et vaginal.

L'involution utérine se fait dans les meilleures conditions et

la malade, complètement guérie, quitte la Clinique 15 jours après l'opération.

Peut-on considérer comme à l'actif de l'ergotine le cas suivant où l'hémorragie s'est arrêtée momentanément après une piqûre d'ergotine? Mais en même temps on donnait à la malade une abondante injection vaginale d'eau chaude qui amenait l'issue d'un fragment placentaire.

OBSERVATION XIII

Avortement de trois mois et demi. Rétention placentaire. Hémorragie Injections sous-cutanées d'ergotine. Curettage. Guérison.

Marthe M..., 24 ans, domestique, tertipare, ne peut dire l'époque de ses dernières règles. Depuis le 17 janvier 1894, a eu des pertes sanguinolentes peu abondantes et intermittentes.

Le 20 mars, hémorragie qui nécessite son transport à l'Hôpital Saint-André où elle est placée dans une salle de médecine. A son arrivée, elle est dans un état syncopal. Injections sous-cutanées d'éther et de caféine. L'hémorragie continue ; piqûre d'ergotine ; en même temps, injections très chaudes prolongées, un débris placentaire assez volumineux sort du vagin. L'hémorragie cesse pendant un quart d'heure environ pour recommencer. Transfert à la Clinique Obstétricale.

Utérus remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Col déchiré, ramolli, entr'ouvert; corps contracté, dur; introduction pénible de deux doigts qui arrivent sur une masse placentaire déchiquetée, adhérente. T. : 37,6.

Anesthésie chloroformique. Curage digital impossible. Curettage qui ramène des débris placentaires légèrement fétides pesant 50 grammes. Une petite mèche de gaze iodoformée est placée dans l'utérus et dans le vagin comme drainage.

Le lendemain, T. : 37,6.

Ablation de la gaze iodoformée, légèrement odorante. Injection intra-utérine. Les jours suivants, T. : 37°.

Guérison rapide.

Hémostase le plus souvent nulle, rétention devenue plus facile, rétraction fréquente du canal cervical qui rendra malaisée une intervention ultérieure, voilà le bilan du seigle ergoté.

C'est une notion courante de thérapeutique générale que de chercher à obturer toute voie d'écoulement sanguin. Le *tamponnement vaginal* oppose au sang une barrière mécanique et crée un caillot qui bouche les orifices vasculaires.

D'autre part, par sa présence au niveau du col, il sollicite les contractions utérines, et peut, disent les auteurs classiques, hâter l'issue spontanée du placenta.

Ce bénéfice est rarement obtenu; néanmoins le rôle hémostatique du tampon est quelquefois indiscutable, mais, pour être efficace, le tamponnement doit être très bien fait et remplir absolument tout le vagin.

On conseille généralement de le pratiquer avec des bourdonnets d'ouate; nous aimons bien mieux employer la gaze iodoformée taillée en larges bandelettes, qui est par elle-même antiseptique, se tasse mieux dans le vagin et dont l'introduction est moins pénible. Le tamponnement vaginal, en effet, lorsqu'il est complet, est assez douloureux. Il doit être précédé d'une injection qui détergera l'utérus. Pour bien le faire, la femme étant placée dans la position obstétricale, on déprimera la paroi postérieure du vagin avec une valve, ou, à défaut, avec deux doigts de la main gauche, et l'on poussera doucement la gaze, d'abord au niveau du col, puis successivement dans chacun des culs-de-sac. Le tamponnement ne doit être considéré comme terminé que lorsqu'il est impossible d'introduire encore de la gaze iodoformée. — On est étonné de la quantité véritablement considérable que l'on peut faire pénétrer dans le vagin. Il faut s'attacher d'emblée à remplir exactement le fond du vagin en tenant compte de ce fait que l'uté-

rus se laisse aisément mobiliser de bas en haut, et qu'il peut exister entre le tampon et le segment inférieur un espace vide où le sang continuerait à fluer. En outre, nous avons constaté que la présence du tampon est surtout insupportable lorsqu'il n'occupe que la partie inférieure du vagin.

On est souvent appelé en ville auprès de femmes chez lesquelles le tamponnement a été fait d'une façon absolument insuffisante, avec quelques bourdonnets d'ouate ou un peu de gaze iodoformée; l'hémostase est dans ces cas absolument nulle. Au contraire, un tamponnement bien fait, avec tous les soins que comporte une véritable opération, peut, dans la majorité des cas, arrêter l'effusion sanguine et permettre d'attendre un moment mieux propice à une intervention plus radicale. Tel a été son rôle dans l'observation suivante :

OBSERVATION XIV

Fausse couche de 3 mois. Rétention placentaire. Hémorragie. Tamponnement vaginal d'attente, curettage et tamponnement utérin.

Le 17 janvier 1895, à 6 heures du matin, nous sommes appelé à la campagne par notre distingué confrère le docteur Delaye.

Mme C..., 40 ans. Femme vigoureuse, a eu six grossesses; accouchements difficiles. Hémorragies post-partum.

Enceinte de trois mois; dans la nuit du 16 au 17, après quelques douleurs, elle perd du sang en abondance. Une sage-femme appelée donne une injection chaude, tout s'arrête. Elle s'en va pensant que la fausse couche est terminée. Une heure après, hémorragie intense, gros caillots. Le docteur Delaye prévenu donne une injection chaude et applique un tamponnement vaginal très serré avec de la gaze iodoformée, et relève au moyen d'alcool, d'injections sous-cutanées d'éther, etc., l'état général de la malade très compromis. Il nous fait appeler.

A 7 heures, nous trouvons la malade pâle, abattue, mais son

pouls est bon, bien frappé. Ses muqueuses sont un peu décolorées.

Le tampon n'a pas été traversé par le sang. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Pas d'anesthésie.

Ablation du tampon. L'utérus est en antéversion très accentuée. Injection intra utérine qui ramène beaucoup de sang. L'utérus mesure 12 centimètres.

Avec une curette moyenne annulaire, râclage attentif. La muqueuse est molle en tous points, surtout en avant.

On ramène des masses placentaires, colloïdes, gélatineuses, très adhérentes, qui viennent par fragments. L'opération a duré près de 12 minutes.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée au tiers.

Grand lavage utérin qui ne ramène plus ni sang ni débris.

L'utérus a considérablement diminué de volume. Tamponnement utérin et vaginal à la gaze iodoformée.

Bonne après-midi. Pas de fièvre. Sommeil.

Le 19, la malade va très bien. Elle a uriné seule. Nous enlevons le tampon qui est très teinté de sang. Lavage vaginal et utérin.

Le 23 : L'utérus ne mesure plus que 8 centimètres et demi. Lavage utérin.

Le 27 : L'utérus mesure 7 centimètres. La malade ne perd plus de sang. Elle va très bien et se lève une huitaine de jours après.

Depuis, sa santé a été excellente. Elle est à l'heure actuelle enceinte et sur le point d'accoucher (juillet 1896).

Malheureusement les cas sont nombreux où le tamponnement n'a pas arrêté l'hémorragie, soit qu'il ait été fait d'une façon insuffisante, soit que, malgré l'obturation du col, l'effusion sanguine se continue dans la cavité utérine.

Chez la malade qui fait l'objet de l'observation XI, un tampon vaginal avait été appliqué assez serré, nous avait dit le médecin, homme habile et consciencieux; il ne s'écoulait pas de sang à l'extérieur,

cependant l'état général devenait de plus en plus mauvais. En enlevant le tampon, il s'écoula un flot de sang qui était accumulé dans le cul-de-sac postérieur.

Nous n'oublierons jamais avoir vu, en 1890, une jeune femme chez laquelle un tampon vaginal très complet, nous dit-on, avait été appliqué pour une hémorragie post-abortive. Toute perte de sang avait cessé en apparence. Nous fûmes appelé en raison de l'état général qui devenait de plus en plus alarmant. Nous voulûmes enlever le tampon, mais la sage-femme qui l'avait placé et la famille s'y opposèrent formellement en alléguant que l'hémorragie était absolument arrêtée.

Malgré tous nos efforts pour combattre la déchéance physiologique qui empirait à chaque instant, la malade ne tarda pas à succomber sous nos yeux. Quelques instants après, on enleva à cette malheureuse son tampon fait avec de nombreux bourdonnets d'ouate hydrophile et l'on constata que le vagin était plein d'énormes caillots. Le tampon avait joué ici un rôle funeste en masquant l'hémorragie persistante et en privant, par une fausse sécurité, la malade du traitement qui l'aurait probablement sauvée.

Si nous n'y avions pris garde, il en aurait été de même dans l'observation suivante où un tampon illusoire avait, en obturant la vulve, fait croire un moment à la cessation de l'hémorragie.

OBSERVATION XV

Avortement incomplet. Hémorragie. Tamponnement vaginal insuffisant. Tamponnement utérin. Curettage. Injections sous-cutanées de sérum artificiel. Guérison.

Mme L..., 26 ans, primipare, enceinte de trois mois et demi environ.

Dans la soirée du 6 mai 1895, est prise subitement d'une

hémorragie très abondante. Un médecin appelé fait le tamponnement vaginal, qui paraît arrêter la perte de sang. Mais, dans la nuit, l'hémorragie recommence avec une intensité assez grave pour inquiéter la garde placée auprès de la malade. Depuis 2 heures du matin, le suintement est constant et déjà se manifeste une tendance syncopale avec petitesse du pouls. Vers 4 heures, longue syncope qui se reproduit plusieurs fois. On vient nous chercher à 5 heures du matin et nous constatons, après avoir enlevé le tamponnement constitué par quelques boulettes d'ouate, que le *vagin est plein de caillots*. Le col est largement béant, mais notre doigt ne peut arriver sur le placenta.

Nous pratiquons un tamponnement utérin et vaginal très complet qui arrête la perte de sang. Traitement tonique.

Le lendemain, nous enlevons le tampon et, sous le chloroforme, nous pratiquons le curettage, qui ramène de volumineux débris placentaires très adhérents. Peu de sang. Tamponnement utérin.

En raison de la dépression de l'état général, nous pratiquons une injection sous-cutanée de 300 centimètres cubes de sérum artificiel.

Le tamponnement est enlevé le lendemain. Plus de pertes.

Suites de couches normales. Pas d'élévation de température. La guérison a été complète.

Comme nous l'avons dit, il est très rare que l'évacuation spontanée du placenta succède au tamponnement vaginal, par conséquent, les hémorragies pourront reprendre dès son ablation.

En somme, le *tamponnement vaginal* est un moyen d'urgence précieux, en ce sens qu'il peut, dans la majorité des cas, donner une hémostase immédiate; mais il faut pour cela qu'il soit extrêmement bien fait, ce qui comporte dans la pratique de sérieuses difficultés. Un tamponnement insuffisant sera inefficace et parfois même dangereux.

Le tamponnement vaginal uni à l'emploi du seigle ergoté a joui, jusqu'à ces dernières années, d'une cer-

taine vogue : nous avons dit plus haut les inconvénients de l'ergot; il est justement abandonné; nous n'y reviendrons pas.

Tous ces procédés répondent uniquement à l'idée symptomatique. Leur efficacité est douteuse ou inconstante. Il nous reste à étudier ceux qui s'attaquent directement à la cause pathogénique de l'hémorragie, c'est-à-dire à la rétention placentaire.

Il y a tout d'abord le *curage digital,* il réussit quelquefois à enlever la totalité du placenta et constitue alors un excellent moyen d'hémostase. Son succès a été complet dans l'observation IV, que nous avons déjà rapportée, et dans le cas suivant :

OBSERVATION XVI

Avortement de trois mois. Hémorragie. Curage digital.

Mme B..., 35 ans, tertipare.

Enceinte de trois mois. Après de fortes coliques, expulse le 16 mai 1894 un fœtus qui paraît âgé de trois mois. Une heure après, violente hémorragie. Injection chaude qui reste sans succès. Appelé à cinq heures, nous trouvons la malade pâle, affaiblie, perdant du sang en abondance. L'utérus est mou. Pas de contractions. Le placenta fait saillie dans le col légèrement ouvert. Injection utérine chaude qui, d'ailleurs, arrête peu l'écoulement sanguin. Introduction de deux doigts puis de toute la main sauf le pouce dans le vagin. Nous pénétrons dans l'utérus maintenu abaissé, à travers la paroi abdominale, par la main gauche. Nous arrivons au niveau du point ou le placenta adhère au fond de l'utérus. Nous ramenons le délivre au dehors. Il paraît entier, les membranes sont complètes.

Injection intra-utérine qui ne ramène aucun débris.

La malade ne perd plus de sang. Une mèche de gaze iodoformée est placée dans le vagin.

Suites normales.

Il y a des cas où le curage digital, pratiqué avec le plus grand soin et dans des conditions apparentes de facilité, n'a pu enlever la totalité du placenta ainsi que l'ont prouvé les évènements ultérieurs.

Il en a été ainsi chez une de nos malades où il a eu cependant le mérite, probablement en extrayant un fragment placentaire incomplètement décollé, d'arrêter une hémorragie redoutable.

OBSERVATION XVII

Avortement incomplet. Hémorragie. Curage digital insuffisant.

Mme D..., 35 ans, quintipare. Grossesses antérieures normales. Enfants vivants. Ne peut dire, vu la non cessation de ses règles, la date de sa grossesse. Le 20 décembre 1890, elle a été prise subitement d'une perte de sang accompagnée de douleurs hypogastriques. Cette perte continue toute la nuit en abondance.

Le lendemain, une sage-femme appelée constate que le vagin est empli de caillots ; elle les déblaie au moyen d'une grande injection chaude. Aucun de ces caillots n'a été examiné. La perte continue. Deux injections successives. La sage-femme administre 2 grammes d'ergot de seigle par la voie buccale et fait deux piqûres d'éther.

Appelé auprès de la malade, nous la trouvons dans un état syncopal : la peau est froide, le pouls est petit; l'utérus contracté, globuleux, remonte à trois travers de doigts au-dessous du pubis. Une injection vaginale chaude amène l'expulsion de deux gros caillots qui ne contiennent aucun fragment placentaire. Le col est très bas, mais il porte directement sur la paroi postérieure du vagin, le corps de l'utérus étant en antéversion. Saisissant l'utérus avec la main gauche pour en accentuer l'abaissement et pour en corriger l'antéversion, nous pénétrons avec l'index droit plus avant dans le col et nous amenons au dehors, sans effort, une masse placentaire à cotylédons villeux et blancs de la largeur de la paume de la main. Puis, nous pénétrons à nouveau dans l'utérus, grâce à l'abaissement rendu

facile par la mollesse des parois abdominales. Nous accédons aisément dans la cavité utérine. L'index parcourt la paroi postérieure agissant comme une curette; quelques débris sont ramenés. Il en est de même pour la paroi antérieure. Au niveau de la corne utérine droite, on trouve, profondément et solidement inséré, un fragment placentaire à peu près gros comme une noix, qui est extrait par débris. Il semble qu'il ne reste plus rien dans l'utérus.

Cette opération a été rapide mais douloureuse.

Lavage utérin (3 litres) qui ramène des débris grenus. Plus de perte de sang. Le soir, injection vaginale et lavage utérin.

T. : 37,5; P. : 100.

21 décembre : T. M. : 37,6.

T. S. : 37,6. Pas de perte de sang. Pas de fétidité. Bon état général.

22 décembre : T. M. : 37,5; P. : 100.

La malade se sent plus forte. L'ouate placée devant la vulve est couverte d'un écoulement crémeux, jaunâtre, non fétide. Injection utérine de deux litres au sublimé. T. : 38; P. : 110.

Un peu de douleur au niveau de la corne droite de l'utérus à la pression.

Le 23 : T. M. : 37,5; P. : 100. Lochies fétides. Lavage utérin. Le soir, T. : 38,5; P. : 120.

Le 22 : La nuit a été mauvaise. T. M. : 37,6; P. : 110. Une injection utérine ramène, pris entre les deux branches de la sonde de Doléris, un fragment placentaire long de deux centimètres et épais d'un centimètre, un peu fétide. Il sort aussi de nombreux débris. T. : 38°; P. : 90.

Dès le lendemain, il n'y a plus de douleur à la pression de la corne utérine droite.

Les jours suivants, plus de fièvre. La régression utérine se fait progressivement et la guérison est bientôt complète.

La persistance des accidents fébriles paraît ici en rapport avec la rétention de quelques débris que le doigt n'avait pu atteindre. La corne droite, avons-nous dit, était difficilement explorable. C'est là probablement qu'était resté logé le fragment dont l'expulsion a

coïncidé avec la cessation de toute douleur et de toute hyperthermie.

Dans la description que nous avons faite plus haut du curage digital, nous avons montré quelles en étaient les difficultés. La pénétration de la main dans le vagin est généralement douloureuse; elle peut être parfois impossible. Or, sauf les cas où l'utérus s'abaisse assez facilement pour qu'un ou deux doigts puissent y entrer profondément sans introduction totale de la main dans le vagin, nous croyons que cette précaution est indispensable au succès réel de l'opération.

Il ne faut pas en effet confondre le curage digital avec les *tentatives imprudentes d'extraction,* auxquelles les gens inexpérimentés peuvent se laisser aller lorsqu'une partie du placenta fait hernie au travers du col. Nous avons dit à plusieurs reprises les dangers de cette manœuvre, qui, dans le cas actuel, ne pourrait qu'augmenter l'hémorragie.

Plus condamnable encore serait toute traction exercée sur un lambeau placentaire au moyen d'une *pince.* La pince est un instrument aveugle, elle ne peut, comme le fait la curette, attaquer le placenta au niveau de son point d'insertion. Elle ne peut que tirer plus ou moins brutalement, amenant de nouvelles ruptures vasculaires, sans détacher d'une façon complète le morceau qu'elle a saisi. M. Tarnier (1) dit avoir vu une femme mourir d'hémorragie foudroyante, sous ses yeux, pendant qu'un médecin s'acharnait à vouloir enlever un placenta abortif avec des pinces. Un tamponnement utérin aurait eu immédiatement raison de cette hémorragie et la malade aurait probablement été sauvée si le médecin ne s'était pas attardé à des manœuvres qui ne faisaient qu'exciter la perte de sang.

Si, comme il arrive fréquemment pour les placentas

(1) TARNIER. De l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique, p. 526.

abortifs, il existe des adhérences un peu plus fortes, une traction énergique avec une pince pourra amener avec elle la portion d'utérus sur laquelle est insérée le fragment placentaire. En outre de ces ruptures utérines par arrachement, la pince peut produire des *perforations* bien plus aisément que la curette.

Dans la plupart des désastres opératoires cités surtout par les chirurgiens allemands, Veit, Fehling, Olshausen, etc. et imputés au curettage, il y a eu emploi quelquefois unique de la pince. Nous ne saurions donc en déconseiller trop formellement l'usage.

Si l'on a sans succès tenté le curage digital, si, après l'avoir fait, on s'aperçoit qu'il a été incomplet, ou bien, si certaines circonstances, telles que la grandeur de la cavité utérine ou la difficulté de la pénétration, empêchent de le compléter ou même de le faire, c'est au *curettage instrumental* qu'il faudra recourir. C'est là le traitement vraiment héroïque de l'hémorragie par rétention placentaire. Lorsqu'il est bien fait, il arrête infailliblement l'effusion sanguine et, comme nous le montrons dans le chapitre que nous consacrons à sa description, il n'est pas de cas où il ne puisse être appliqué.

Quels que soient ses avantages incontestables et sa bénignité, le curettage est une opération délicate, souvent difficile; il exige de l'opérateur sinon une grande habileté chirurgicale, du moins une certaine coutume des traitements utérins. Mais il faut dire que cette intervention, si rapidement hémostatique et d'une indication si précieuse, ne s'impose pas à tout praticien, comme le ferait par exemple une ligature d'artère. Si l'on ne se sent pas assez habitué à la chirurgie utérine pour faire le curettage, ou bien si l'on juge qu'en raison de circonstances défavorables momentanées (manque d'outillage, absence d'aide, défaut d'éclairage, pusillanimité de la malade), il vaut mieux surseoir à cette intervention, on aura la ressource précieuse de

pratiquer le *tamponnement utérin,* qui, agissant sur le point même où se fait l'hémorragie, la supprime à l'instant, et met, par sa présence, la malade à l'abri de toute perte nouvelle. Lorsque l'utérus est convenablement bourré de gaze iodoformée, on peut attendre dans une sécurité légitime et absolue soit le moment d'intervenir plus radicalement et dans des conditions meilleures, soit la venue d'un confrère plus rompu à cette thérapeutique active.

Comme on peut le voir dans nos observations, nous avons bien souvent fait le tamponnement utérin sans que le moindre accident ait pu lui être imputable. Aussi nous rallions-nous aux conclusions de Duhrssen pour affirmer son innocuité. M. le professeur Tarnier, qui reconnaît d'ailleurs ne l'avoir jamais pratiqué, hésite à le préconiser et cite même un cas où il a été suivi de mort. « Une femme atteinte d'hémorragie grave post-» abortive fut apportée dans le service de M. Bar. On » appela un interne qui fit le tamponnement intra-uté-» rin avec de la gaze iodoformée ; mais la malade ne » tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva dans » le péritoine un liquide sanguinolent, d'un aspect tout » particulier. On en fit l'examen et on constata la pré-» sence de cristaux d'iodoforme qui se trouvaient aussi » dans toute la longueur de la trompe. Le sang arrêté » par le tampon intra-utérin avait donc reflué par les » trompes et s'était épanché dans le péritoine en entraî-» nant avec lui de l'iodoforme ». Ce fait isolé est, il faut le reconnaître, très impressionnant, mais, à notre avis, ne diminue en rien la valeur thérapeutique de la méthode. Pour être efficace, exempt de dangers, le tamponnement utérin doit être absolument complet et maçonner en quelque sorte la cavité utérine tout entière. Le tamponnement dont il s'agit était sans doute imparfait et n'obturait pas à bloc le fond ou l'une ou l'autre région angulaire de l'utérus. L'hémorragie

se faisait probablement à l'un de ces points; elle avait continué, mais ne trouvant pas de voie d'écoulement vers l'orifice cervical, elle avait reflué vers la trompe, seule voie restée libre.

Dans les cas indemnes de toute infection, le tampon utérin peut rester en place 24 heures; il vaut mieux, croyons-nous, l'enlever à ce moment.

On aura quelquefois l'avantage, après un ou deux tamponnements utérins convenablement appliqués, de voir le placenta expulsé de lui-même par les contractions qu'aura sollicitées la présence du tampon.

Mais il ne faut pas trop compter sur cet heureux dénouement : nous avons pratiqué plusieurs fois le tamponnement utérin, une seule fois (obs. VIII) nous l'avons vu déterminer l'issue spontanée du délivre.

Lorsque les circonstances ont obligé à faire le tamponnement utérin hémostatique chez une femme infectée ou suspecte d'infection, il faut laisser le tampon séjourner beaucoup moins longtemps dans la cavité utérine et pratiquer aussitôt que possible le lavage et le déblaiement de cette cavité. Chez une femme atteinte d'hémorragie grave et infectée par des manœuvres abortives, nous avons fait, au milieu de la nuit, un tamponnement utérin qui a arrêté l'écoulement sanguin et permis de relever l'état général très déprimé. Le lendemain matin, le tampon exhalait une mauvaise odeur; le curettage fut pratiqué et la guérison se fit sans encombre (1).

---

(1) Observation XVIII : *Avortement. Rétention placentaire. Hémorragie. Tamponnement utérin. Curettage.* — Marguerite M..., enceinte de 3 mois. Manœuvres abortives. Le même jour, perte de sang qui dure trois jours pour se transformer en grosse hémorragie menaçante. Appelé au milieu de la nuit, nous pratiquons un grand lavage vaginal, une irrigation utérine, puis un tamponnement utérin. Le lendemain matin à 9 heures, le tampon est enlevé; il sent très mauvais. T. : 38°, comme avant l'opération.

Lavage utérin, curettage, écouvillonnage de la muqueuse. Il est sorti plusieurs fragments placentaires légèrement infects.

La guérison s'est faite dans de très bonnes conditions.

Certes, il aurait mieux valu faire ici le curettage d'emblée, mais cela n'était pas possible.

Dans les deux cas suivants, comme dans plusieurs autres que nous avons déjà cités, le tamponnement utérin arrêta immédiatement toute effusion sanguine, mais n'amena pas l'issue ultérieure du placenta ou des fragments placentaires retenus. Il n'en est pas moins vrai qu'un tamponnement utérin bien fait constitue une ressource précieuse, puisqu'il assure une hémostase immédiate et place les malades dans les conditions les meilleures de sécurité et d'antisepsie.

OBSERVATION XIX

Hemorragie post-abortiue. Rétention du placenta. Tamponnement utérin. Curettage.

Mme D..., 30 ans, secondipare, le 25 janvier 1894, nous fait appeler perdant déjà depuis 15 jours, mais avec grande abondance depuis trois jours. L'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigt ; col gros, ouvert, vagin plein de caillots; dans le calibre du col, débris placentaires; un fragment qui vient tout seul en est retiré; pas d'odeur. La malade a perdu depuis plusieurs jours de gros caillots qui n'ont pas été examinés. Injection vaginale et utérine chaudes. La perte s'arrête momentanément, mais les débris placentaires ne se détachent pas.

Le 26 : Dans la nuit, hémorragie abondante. Injection utérine. La malade étant placée dans la situation obstétricale, on pratique un lavage utérin avec une sonde dilatatrice, puis le curage digital est tenté vainement. La portion de placenta retenu tient fortement au fond de l'utérus. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée, complété par un tamponnement vaginal.

Le 27 : Le lendemain matin, nous pratiquons le curettage avec l'aide de notre ami le Dr Sengensse. Anesthésie. On ramène d'abord des débris placentaires très menus, puis de gros fragments très adhérents aux parois utérines.

Econvillonage à la glycérine créosotée au tiers; lavage utérin. Tamponnement utérin très complet à la gaze iodoformée

Le 28 : La nuit a été bonne ; la température du matin est de 37°, celle du soir est de 38°.

Le 29 : Température du matin, 39,4. Ablation du tampon, inodore, peu taché de sang. Peu de douleur au toucher du cul-de-sac droit et à la pression de la corne droite où était le siège d'insertion du placenta. Lavage utérin et vaginal. Bonne journée. Le soir, température 37°.

Dès lors, la température est devenue normale et la guérison s'est faite rapidement.

OBSERVATION XX

Hémorragie post-abortive. Rétention d'un fragment placentaire. Tamponnement utérin. Curettage. Guérison.

M[me] B... (de la Rochelle), 27 ans, nous fait appeler le 1[er] avril 1893. Mariée il y a six mois. Après une suppression de règles de trois mois, elle a, il y a douze jours, perdu un peu de sang ; elle n'y a pas pris garde et même est allée au bal où elle a dansé. Le lendemain, coliques violentes, perte intense, expulsion d'un petit fœtus, puis, au bout d'une heure, du placenta et des membranes. Pas de soins antiseptiques. Elle garde le lit seulement trois jours, puis recommence à sortir un peu chaque jour, perdant du sang par suintement très léger.

Elle vient de la Rochelle à Bordeaux ; elle éprouve quelques coliques pendant le voyage et perd un peu plus de sang, ce qui ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations et même d'aller le soir au théâtre.

Vers 2 heures du matin, elle est prise d'une hémorragie violente. Nous sommes appelé vers 5 heures. Une injection vaginale chaude arrête l'écoulement sanguin. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

A 8 heures, nous revoyons la malade ; elle est très faible et très pâle ; un peu de sang a filtré à travers le tampon. Nous la faisons placer dans la position obstétricale : ablation du tampon, grande injection vaginale. Saisie du col avec une pince de Duplay. Il est béant, son orifice est obturé par un caillot. L'utérus est gros et, lorsqu'on exerce une pression sur son fond, des caillots sont expulsés. Lavage utérin avec de l'eau très chaude, sublimée à 25 centigrammes p. 1000. Tamponne-

ment utérin à la gaze iodoformée aussi complet que possible et tamponnement vaginal.

La journéeest assez bonne ; la malade, très faible, s'alimente et prend des toniques. Pas de fièvre.

2 avril : Même état ; moins de faiblesse.

3 avril : Ablation du tampon vaginal et utérin. Lavage utérin : il s'écoule un peu de sang. L'hystéromètre perçoit au fond de l'utérus un débris placentaire flottant. L'écoulement sanguin continue. Une curette à boucle annulaire, préalablement flambée, est introduite dans l'utérus et ramène un fragment placentaire aplati, large comme une pièce de deux sous. C'est avec une certaine peine que l'on a pu détacher son implantation assez résistante. Lavage utérin ; badigeonnage intra-utérin à la glycérine créosotée ; nouveau lavage utérin. Un crayon d'iodoforme est laissé dans l'utérus. Pansement vaginal à la gaze iodoformée.

4 avril : Etat général excellent, pas de fièvre, pas de perte de sang.

5 avril : Ablation du tampon vaginal. Pas de sang. Guérison complète, rapide.

C'est à dessein que nous avons omis de parler des différents *ballons excitateurs* ou *dilatateurs* de l'utérus, comme agents d'hémostase après l'avortement. Leur introduction dans la cavité utérine n'est pas toujours aisée, elle exige une perméabilité dont le tamponnement utérin peut se passer; de plus, elle doit être précédée d'une indispensable préparation antiseptique du ballon, qui rend son emploi moins immédiat que celui de la gaze iodoformée. Le ballon peut crever ou être expulsé prématurément, accident qui sera simplement ennuyeux lorsqu'il s'agit d'exciter les contractions d'un utérus gravide, mais qui est capable de causer un désastre si l'on réserve au ballon un rôle d'agent hémostatique. D'autre part, dans un utérus dont les fibres musculaires n'ont pas encore atteint le développement complet qu'elles auront à la fin de la grossesse, son

action excitatrice est lente et quelquefois nulle. Il faudrait compter sur lui moins encore que sur le tamponnement utérin pour amener l'évacuation spontanée du placenta. Mais au point de vue qui nous occupe en ce moment, le reproche le plus grave à lui faire est celui-ci : le ballon, par ses parois lisses, sa forme forcément sphérique et régulière, ne s'adapte pas exactement, comme peut le faire le tampon, à la forme de la cavité utérine. Les éléments du tampon, au contraire, se tassent dans tous les points de la matrice, ils en bourrent solidement le fond et les côtés et obturent par ce fait tous les orifices vasculaires. Le ballon, quel qu'il soit, ne peut prétendre à cette adaptation parfaite. Son action a été nulle dans le cas suivant :

OBSERVATION XXI

Avortement de trois mois et demi. Rétention placentaire. Hémorragie. Ballon utérin. Arrêt incomplet de l'hémorragie. Curage digital.

Marie T..., 33 ans, octipare, enceinte de trois mois et demi, entre à la Clinique Obstétricale le 9 janvier 1894, perdant du sang depuis le 28 décembre, et presque aussitôt expulse un fœtus macéré dont la mort paraît remonter à huit jours.

Hémorragie abondante qui cède à une injection utérine très chaude, pour se renouveler deux heures plus tard. Introduction, dans l'utérus, du ballon du professeur Moussous, en y poussant peu à peu 180 grammes de liquide. Contractions utérines qui s'arrêtent au bout de deux heures. A chaque contraction s'écoule un peu de sang.

Le lendemain, la situation est la même. Malade faible, pâle, abattue. Le ballon est retiré, aussitôt il sort de l'utérus du sang en abondance; injection intra-utérine qui ramène de gros caillots, l'hémorragie cesse. T. : 38°. Le soir, nouvelle hémorragie; injection vaginale, puis utérine. La main est introduite dans le vagin et le doigt parvient à désinsérer très péniblement

le placenta en partie décollé. La délivrance est complète, l'hémorragie s'arrête.

Comme on le voit, le ballon n'a pas donné ici les résultats qu'on attendait de lui. L'hémostase a été très incomplète, puisque pendant le séjour du ballon l'écoulement sanguin a été presque continu et que son issue a été suivie de l'expulsion de gros caillots formés derrière lui. Nous avons démontré que ces deux faits ne se produisent jamais après le tamponnement utérin, qui, bien appliqué, amène un arrêt complet de toute perte de sang.

Lorsqu'on est appelé à voir une femme qui a eu une ou plusieurs hémorragies et qui ne perd plus de sang au moment où l'on arrive auprès d'elle, il faut, si l'on a la conviction que le placenta est encore dans l'utérus, ne pas se laisser induire à l'inaction par la cessation momentanée des accidents, et mettre sans tarder tout en œuvre pour amener l'issue du délivre. On tentera le curage digital; s'il est impossible ou s'il échoue, on fera le curettage; ou bien, si l'on ne peut ou si l'on ne veut recourir d'emblée à cette intervention, on trouvera dans le tamponnement utérin une prophylaxie sérieuse contre les hémorragies nouvelles.

Nous avons parlé des cas où, à la suite d'une fausse couche incomplète, un écoulement sanguin peu abondant mais continu persistait indéfiniment, entretenu par la rétention d'un débris annexiel quelquefois très petit. D'autres fois, ce débris expulsé tardivement est passé inaperçu et l'on retrouve seulement à l'examen histologique de la muqueuse altérée, fongueuse, les caractères des villosités choriales. Ces dernières peuvent aussi échapper à toute investigation dans certaines métrorragies reliées cependant à une fausse couche négligée et où l'analyse anatomo-pathologique recon-

naîtra simplement les signes de l'endométrite fongueuse.

Dans ces circonstances où le peu d'intensité de l'effusion sanguine permet de reculer devant une intervention radicale, on est en droit de tenter d'abord ce que nous appelons un *traitement gynécologique*. Le col sera mis à nu avec un spéculum ou avec une valve; s'il y a lieu, on accentuera sa perméabilité au moyen des tiges dilatatrices de Hégar ou de laminaire; quelquefois un léger écartement des branches de la sonde dilatatrice de Doléris suffira. Très souvent aussi l'orifice interne est demeuré perméable en raison de l'incomplète involution de l'utérus. En tout cas, il est bon de pratiquer d'abord un lavage de la cavité utérine; puis on badigeonnera fortement la muqueuse au moyen soit d'un véritable écouvillonnage, soit de petits tampons d'ouate hydrophile enroulés autour de tiges métalliques. Ecouvillons ou tampons seront imprégnés d'une substance antiseptique propre à modifier fortement la muqueuse utérine; liqueur de Van Swieten, eau phéniquée à 50 pour 1000, éther iodoformé, glycérine créosotée au 1/3. C'est de cette dernière substance que nous usons plus volontiers. Nous préférons ordinairement employer des tampons d'ouate enroulés autour des mors d'une pince ou autour d'une tige de cuivre stérilisée à la flamme; on n'a pas toujours en effet sous la main un écouvillon stérilisé à l'étuve.

On fait suivre ce badigeonnage d'un nouveau lavage utérin et l'on peut quelquefois, après un ou plusieurs de ces pansements, ramener le ou les fragments placentaires retenus et supprimer l'écoulement sanguin. C'est le résultat que nous avons obtenu dans le cas suivant :

OBSERVATION XXII (1)

Avortement ovulaire. Hémorragie.

Nous fûmes appelé, le 22 mai 1893, auprès d'une jeune femme de bonne santé habituelle, ayant eu déjà deux grossesses normales. En avril, elle avait été réglée comme de coutume; ce mois là, elle avait mené une vie mondaine particulièrement active, bals, équitation, etc. Le 1er mai, ayant passé une bonne partie de la journée à cheval, pour un rallye, elle perd un peu de sang; cette perte continue les jours suivants, s'accompagne de quelques coliques et devient le 5 mai très abondante. De gros caillots sont expulsés. Comme c'est à peu près l'époque des règles, on ne prend aucun souci de cet état de choses qui continue cependant.

Vers le 12 mai, la perte étant encore très prononcée, quoiqu'un peu atténuée, un médecin est appelé, il ne pratique pas d'examen gynécologique, d'ailleurs il n'y est nullement encouragé par la malade et l'entourage; il prescrit de l'ergotine et du sulfate de quinine.

Nous sommes consulté le 22 mai; la malade est très faible, très pâle. Au cœur, existe un souffle doux, au premier temps et à la base.

Amaigrissement, pas d'appétit, abattement extrême. Pas de fièvre. Suintement sanguin vaginal continu, sang rougeâtre couleur de brique. Pas de mauvaise odeur. Aucune douleur abdominale. Col gros, entr'ouvert; corps volumineux, mais ne dépassant pas le pubis.

Nous faisons immédiatement un lavage utérin à la sonde de Segond; l'utérus admet aisément la pénétration de cet instrument, puis un badigeonnage utérin léger à la glycérine créosotée au tiers, suivi d'un nouveau lavage utérin. A ce moment, en retirant la sonde dilatatrice de Segond, nous ramenons, pris dans les branches rapprochées de cette sonde, un fragment

(1) Dr Chaleix-Vivie. De la fausse couche ovulaire méconnue. Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 14 octobre 1894.

gros comme une aveline ayant l'aspect extérieur d'un caillot fibrineux. Petit tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Dès ce moment, la perte sanguine devient insignifiante. Nous renouvelons le même traitement le lendemain et le surlendemain ; dès lors, l'écoulement sanguin a disparu totalement.

Peu de temps après, la malade se lève et reprend ses occupations. L'état général est redevenu excellent; ses règles se sont montrées en juillet.

L'examen histologique, fait par M. le professeur Coÿne, a démontré qu'il s'agissait ici d'une fausse couche de peu de jours probablement, vu la dernière apparition des règles.

Le traitement gynécologique répété dans plusieurs séances et accompagné même d'une dilatation utérine progressive, à la gaze iodoformée a, au contraire, complètement échoué chez une autre de nos malades ; il a fallu en arriver au curettage, qui a supprimé d'un seul coup toute métrorragie.

OBSERVATION XXIII

Avortement incomplet. Hémorragie. Insuccès du traitement gynécologique. Curettage.

Mme M..., 25 ans, secondipare. Première grossesse terminée à sept mois par une hémorragie due à une insertion vicieuse du placenta. Un an après, fait une fausse couche de cinq mois; fœtus vivant; au dire de la sage-femme, la délivrance s'est faite complètement. Cependant vingt jours après, 5 janvier 1895, la malade perd toujours du sang, malgré le repos au lit et de fréquentes injections d'eau chaude. L'utérus est gros, mesure 9 centimètres ; on sent à l'hystéromètre que la muqueuse est épaissie, molle. Lavage utérin et badigeonnage à la glycérine créosotée. La cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée.

Le 6 et le 7 : Même traitement; la gaze que l'on retire est imprégnée de sang.

Les 8 et 9 : Pas de tamponnement, du sang est perdu en abondance.

Le 10 : Pas de chloroforme, vu la grande énergie de la malade ; la dilatation utérine, déjà très marquée, est accentuée par quelques tiges d'Hégar ; un curettage soigneux ne ramène pas de muqueuse épaissie. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée. Tamponnement utérin.

Le 11 : Le tampon, qui a été très bien supporté, est enlevé, puis renouvelé.

Le 12 : Ablation définitive du tampon utérin.

Depuis l'opérée n'a plus perdu de sang jusqu'à ses règles qui ont apparu normalement le 1er mars, puis le 2 avril.

Nous relevons le même échec du simple traitement gynécologique dans l'observation XXXVII citée plus loin. Il s'agit d'une jeune femme chez laquelle le curettage pratiqué malgré des lésions annexielles très marquées a agi avec le plus grand succès et la plus parfaite innocuité.

La tâche du médecin n'est pas toujours terminée lorsque l'hémorragie est arrêtée. Le collapsus dû à la spoliation sanguine peut persister, malgré l'arrêt de l'hémorragie ou même survenir une ou deux heures après. Si l'on ne se hâte de relever avec énergie les forces défaillantes, la vie va achever de s'éteindre. Il faut placer sans retard la malade la tête basse, pour ramener par déclivité un peu de sang vers ses centres anémiés. Dans le même but, ses membres inférieurs seront tenus élevés par des coussins et serrés dans un bandage roulé allant des pieds jusqu'à la racine de la cuisse. On l'entourera de bouillottes, de briques ou de serviettes chaudes, on lui fera des injections sous-cutanées d'éther ou de caféine, des flagellations de la face et du thorax, des inhalations d'oxygène ou de nitrite d'amyle, et, s'il est possible, on lui fera avaler des boissons chaudes et reconstituantes. Malheureuse-

ment les ingestions stomaeales ne sont pas toujours supportées en raison de la tendanee aux vomissements que présentent les hémorragiées.

Il y a eependant ici le plus grand intérêț à augmenter par l'introduetion de liquides la masse du sang. Il ne suffit pas de réveiller la tonieité nerveuse ou eardiaque. Sans doute, ehez certaines femmes déjà faibles et peu résistantes, une hémorragie relativement peu abondante entraînera la mort par une sorte d'inhibition des centres nerveux. Mais, très souvent, la masse du sang est tellement diminuée et la tension vasculaire tombée si bas, que le eœur, se eontraetant à vide, devient impuissant à maintenir la cireulation du sang qui reste encore. Comme l'a formulé Goltz, le premier, la mort n'est pas due à la dépréeiation globulaire subie, mais à l'impossibilité mécanique de la circulation. De quelle utilité pourraient être alors les stimulants les plus actifs du système nerveux ou vasculaire? Ce qu'il faut, e'est ajouter à cette masse qui s'immobilise une quantité nouvelle de liquide et la diluer avec une solution qui n'altère pas les hématies; le courant eirculatoire stagnant se remettra en marehe, les vaisseaux se rempliront, la pression se rétablira et le eœur reprendra son travail (Forgue),

Ce but est atteint par la transfusion de *sérum artificiel,* qui eonstitue le meilleur traitement dans l'anémie aiguë post-hémorragique.

Il est aujourd'hui démontré qu'il est préférable à la *transfusion sanguine*, presque toujours dangereuse pour la vie des globules et d'ailleurs malaisée à exéeuter en dehors d'un laboratoire de physiologie et au milieu des difficultés de toute nature que erée la pratique. Au contraire, la simplicité du manuel et de l'outillage, l'innoeuité du proeédé, son aetion rapide et sûre font de la transfusion de sérum artifieiel un puissant moyen de résurrection.

Des injections par la voie péritonéale ont été employées avec abondance par certains laparotomistes. Des accoucheurs anglais ont eu recours avec succès à des lavements de solutions salines. La transfusion *intra-veineuse* offre certainement dans les cas graves de collapsus post-hémorragique les chances d'une action rapide. Mais la technique, si simplifiée qu'elle soit, peut faire hésiter bien des praticiens.

C'est à la voie *sous-cutanée* que nous avons eu déjà recours sans constater de lenteur dans son action. Nous l'avons vue toujours relever la tension vasculaire et stimuler le système nerveux central. La facilité en est extrême et tous peuvent y recourir sans être gênés par une instrumentation compliquée ou par les difficultés du manuel opératoire.

Les formules de sérum sont diverses. Celle de M. Hayem convient le mieux aux grandes injections, car sa composition se rapproche de celle du sérum sanguin.

Chlorure de sodium.	5 gr.
Sulfate de soude	10 gr.
Eau boulllie.	1 litre

Nous préférons depuis quelque temps la formule suivante, qui nous a donné les résultats *immédiats* les plus encourageants :

Chlorure de sodium.	7 gr.
Glycéro-phosphate de soude	4 gr.
Eau stérilisée	1 litre. (1).

La condition essentielle est la stérilisation du liquide employé ; à défaut d'autoclave on peut faire bouillir la solution, mais alors il faut mettre moins de chlorure

(1) Audebert, (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Bordeaux, 1896).

de sodium pour compenser la concentration qui résulte de l'évaporation (Forgue).

On peut se servir, comme appareils injecteurs, des aspirateurs de Dieulafoy et de Potain stérilisés par le bouillissage ou bien de la seringue de Roux, mais il est très long d'introduire sous la peau de grandes quantités de liquide avec ces instruments. Aussi vaut-il mieux user de la fontaine vaginale ou bock en tôle émaillée ou mieux en verre, tenue assez haut pour que le débit se fasse à forte pression. L'un de nous a fait construire par M. Gendron (de Bordeaux) un appareil qui jusqu'ici nous a paru d'un emploi commode et pratique, le *séro-transfuseur* (voir la figure ci-contre) (1).

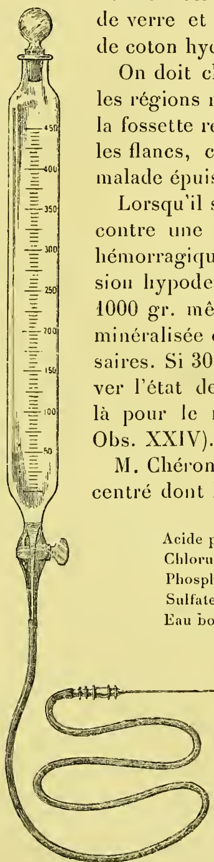
Construit sur le modèle de la pipette de Mohr, il se compose d'un cylindre en verre de 35 cent. de hauteur environ, sur un diamètre de 6 centim. Sa capacité est de 500 cent. cubes (2); il porte une graduation de 5 en 5 centim.; l'extrémité supérieure est rétrécie et sur elle s'applique un bouchon en verre usé à l'émeri; l'extrémité inférieure se termine par un tube étroit au milieu duquel se trouve un robinet, également en verre, permettant la fermeture hermétique de l'appareil. Ce tube va en s'amincissant pour faciliter l'adaptation d'un tuyau de caoutchouc mesurant 1 mètre 25 et aboutissant à l'aiguille qui n'est autre que l'aiguille n° 3 de l'aspirateur Dieulafoy. Toutes ces pièces sont stérilisées et l'asepsie de l'instrument est extrêmement simple. Nous avons l'habitude de remplir le tube avec la solution et de mettre le tout à l'étuve. Sorti de l'étuve, l'appareil est prêt à fonctionner dans un état d'asepsie complète. Le robinet inférieur serré et le bouchon en verre mis en place, le sérum peut se main-

---

(1) Audebert. Communication au Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 1895.

(2) Il existe un autre modèle, d'une capacité de 1 litre 1/2.

tenir stérilisé pendant de longues semaines. Au moment de s'en servir, il faut enlever le bouchon de verre et y substituer un petit tampon de coton hydrophile.



On doit choisir pour plonger l'aiguille les régions riches en tissu cellulaire lâche, la fossette rétro-trochantérienne ou mieux les flancs, ce qui dispense d'infliger à la malade épuisée aucun déplacement.

Lorsqu'il s'agit de lutter en toute hâte contre une hypotension vasculaire post-hémorragique, il faut user d'une transfusion hypodermique abondante; 300, 600, 1000 gr. même de la solution faiblement minéralisée de Hayem peuvent être nécessaires. Si 300 gr. paraissent suffire à relever l'état de la malade, on peut s'en tenir là pour le moment et recommencer (voir Obs. XXIV).

M. Chéron préfère un sérum plus concentré dont la formule est la suivante :

Acide phénique neigeux. . .	2 gr.
Chlorure de sodium	4 »
Phosphate de soude	6 »
Sulfate de soude.	8 »
Eau bouillie	100 »

Cette solution condensée, où M. Chéron fait entrer le phosphate de soude en raison de l'action élective de ce sel phosphoré sur le système nerveux, peut être injectée à doses moyennes de

15 à 30 gr., répétées plusieurs fois dans la même journée et continuées pendant quelques jours.

Dans l'anémie aiguë qui succède à une grande métrorragie, nous préférons recourir d'emblée aux transfusions abondantes hypodermiques; elles nous ont aidé à sauver la vie de deux malades épuisées par une violente perte sanguine. Nous avons déjà parlé de l'une (Obs. XV), nous allons brièvement rapporter l'histoire de l'autre.

OBSERVATION XXIV

Avortement de cinq mois. Rétention placentaire. Hémorragie foudroyante. Tamponnement vaginal insuffisant. Curettage. Injection de sérum. Guérison.

Berthe L..., 28 ans, secondipare, mariée depuis trois ans à un syphilitique. Première grossesse à terme en 1893; enfant mort à 7 mois, d'accidents spécifiques. Troisième grossesse commencée en juillet 1894; avorte le 19 décembre 1894. Fœtus mort. La délivrance ne se fait pas. Pas de perte de sang.

Quatre jours après, pertes peu abondantes mais continues, tempérées mais non arrêtées par des injections intra-utérines chaudes. Les cinq jours qui suivent, peu de perte de sang mais le 28 décembre dans la nuit, hémorragie intense; tamponnement vaginal d'urgence. Transport à la Clinique, état général des plus graves, pâleur, syncopes.

Une intervention immédiate est jugée indispensable parce que, malgré le tamponnement vaginal, un léger suintement sanguin persiste. L'orifice interne du col est presque fermé; utérus en antéversion très marquée, le doigt ne peut que difficilement pénétrer dans la matrice et ne réussit pas à atteindre le placenta à cause de la profondeur de la cavité qui mesure 15 à 16 centimètres.

Curettage sans chloroforme. La curette ramène une masse placentaire du volume du poing pesant environ 200 grammes, sur laquelle on retrouve l'insertion du cordon et le commencement de la tige funiculaire. Tamponnement utérin et vaginal.

L'état général est toujours très déprimé; injection de 300 c. c.

de sérum artificiel dans la région rétro-trochantérienne. Immédiatement le pouls devient plus fort. Le lendemain 29, nouvelle injection de 300 c. c. de sérum artificiel. L'état général est considérablement relevé, le pouls est plein, le facies coloré, la malade, sortie de son état presque comateux, parle et a repris parfaitement connaissance. Nous enlevons le tamponnement qui a une légère odeur, mais qui n'est pas taché de sang; injection intra-utérine. T. : 37°.

Suites normales. La malade guérie quitte le service le 3 janvier 1895.

Chez les femmes qui, comme nous en avons vu plusieurs, sont anémiées par une perte sanguine peu abondante, mais durant depuis un temps plus ou moins long, on pourra user avec avantage des transfusions hypodermiques peu copieuses que préconise M. Chéron, mais nous supprimerons volontiers l'acide phénique qui figure dans sa formule, en raison de l'action fâcheuse qu'il peut exercer sur les reins des malades depuis longtemps affaiblies.

IV

INFECTION

Sommaire : Dangers du séjour du placenta ou de ses débris dans l'utérus au point de vue des complications septicémiques actuelles ou des lésions utérines et pelvi-péritonitiques à venir. — Exposé bref de la septicémie post-abortive. — Il fait comprendre l'utilité d'un traitement énergique et l'insuffisance fréquente de l'antisepsie vaginale, même bien faite.

Injections utérines, leur mode d'action. — Résultats variables. — Elles ont parfois suffi à amender les phénomènes infectieux et à provoquer l'expulsion d'éléments placentaires. — Le plus souvent, résultats moins brillants : l'injection utérine n'agit que sur les parties superficielles de l'endomètre. — Quelques accidents consécutifs aux injections utérines.

Irrigation utérine.

Drainage de l'utérus.

Ballons dilatateurs, inefficaces et dangereux.

Tamponnement utérin.

Curage digital, quelques succès.

Ecouvillonnage.

Le traitement vraiment et toujours actif est le curettage instrumental. — Observations démonstratives.

Rétention placentaire avec perforation utérine par manœuvres criminelles; conduite à tenir.

Traitement général, antithermiques; antiseptiques généraux; toniques; quinine, alcool, bains froids, abcès de dérivation (Fochier). — Sérum antistreptococcique (Marmorek, Charrin, Roger). — Abondantes injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Dans l'étude étiologique de l'infection puerpérale post-abortive qui nous occupe, il y a lieu de considérer deux éléments distincts : d'abord le placenta puis les germes infectieux, microbes pathogènes ou autres, qui, venus le plus souvent de l'extérieur, rarement puisés dans l'organisme maternel, trouveront dans le délivre

retenu un terrain de culture favorable à leur pullulation ; il faut tenir compte, en outre, de la plus ou moins grande résistance qu'opposent à l'invasion microbienne les forces vives de l'économie. De ces trois éléments, de leur intensité, de leur activité, résultent des phénomènes très variables. La nocivité microbienne change en effet, suivant des conditions multiples, dont les unes dépendent des microbes eux-mêmes (nombre, virulence, association), d'autres de la malade (force de résistance, pouvoir phagocytique, etc.); aussi les formes d'infection puerpérale sont-elles tout à fait dissemblables comme début, comme marche, comme terminaison. Il y a vraiment plus d'une différence de degré entre ces formes redoutables, foudroyantes parfois, dont la description nous a été transmise par les accoucheurs anciens, que nous n'avons vues qu'exceptionnellement se dérouler sous nos yeux, et les formes atténuées contre lesquelles nous avons à lutter tous les jours.

En voyant la bénignité relative de l'infection actuelle, l'accoucheur armé des ressources précieuses de la doctrine antiseptique n'est-il pas tenté de dire que la fièvre puerpérale a vécu et tout disposé à une trompeuse sécurité? Malheureusement, certains faits se chargent de démentir cet optimisme. La septicémie post-abortive est toujours dangereuse : immédiatement, par la diffusion générale à tout l'organisme, du poison septicémique, ou par sa transmission à des viscères éloignés, par sa propagation facile, muqueuse ou lymphatique, à l'endomètre, aux organes du petit bassin, parfois à la totalité du péritoine, avec manifestations aiguës en ces points. Elle l'est aussi dans un avenir plus éloigné, par la persistance et la chronicité de ces accidents inflammatoires ou le développement lent et progressif d'une altération pathologique durable de l'utérus, des trompes, du péritoine pelvien primitivement infectés, constituant ainsi une tare, un véritable état d'infirmité qui

rend les femmes impropres à la vie commune, souvent même inaptes à la grossesse et qui fournit aux amphithéâtres de gynécologie la majeure partie de leur clientèle.

Si l'on s'en rapportait à certaines statistiques, il semblerait que nous noircissons à plaisir le tableau des complications infectieuses dans l'avortement ; ainsi, nous lisons dans un Traité classique que, sur 46 cas d'avortement avec rétention recueillis dans les hôpitaux et traités uniquement par des injections antiseptiques, il y eut un seul cas de mort attribuée à une pneumonie. Il sera bon de faire remarquer que, sur ces quarante-six femmes, six seulement présentèrent des accidents infectieux, sur lesquelles une mourut, ce qui rétablit la moyenne de mortalité à un sur six. Réduite à sa véritable portée, cette statistique paraît donc moins brillante et surtout moins concluante en faveur de la non intervention. Il faut noter encore qu'il n'y est pas question des complications lointaines dont nous avons parlé plus haut et qui peuvent se déclarer quelques jours après que la malade a quitté l'hôpital, au moment où elle échappe à toute surveillance. Il y a lieu de remarquer d'ailleurs, que l'argumentation des partisans de l'expectation a toujours porté seulement sur la *mortalité,* négligeant absolument l'étude de la *morbidité* dont l'importance pour le présent ou l'avenir est majeure, nous semble-t-il.

Plus longtemps le placenta restera dans l'utérus, plus il entretiendra l'infection et lancera dans l'organisme de nouveaux germes infectieux et cela sans préjudice de l'hémorragie qui peut persister si elle existe déjà, ou survenir inopinément (1).

---

(1) Observation XXV : *Rétention placentaire partielle ; infection : hémorragie par suintement continu. Curettage ; guérison.* Mme P., 33 ans, perd du sang depuis 15 jours ; il s'est produit d'abord une grosse hémor-

L'infection gagne sournoisement du terrain. *C'est pour elle une force que de durer,* sans compter que la temporisation, outre qu'elle permet aux microbes pathogènes d'envahir toute l'économie, ne peut que rendre pour plus tard, l'intervention plus difficile en laissant au col le temps de se refermer.

Avant d'examiner les différents traitements que nous opposerons à la septicémie post-abortive, il nous faut rappeler brièvement les symptômes qui l'annoncent et les lésions qui la constituent essentiellement : douleur rarement spontanée, qu'il faut savoir chercher, localisée à l'utérus, surtout au niveau des cornes et provoquée par la pression à ce point; frisson plus ou moins violent, élévation de la température, fétidité des lochies, arrêt de la régression de l'utérus, tels sont les

---

ragie précédée de eoliques, qui s'est transformée en un suintement continu. La malade ne peut plus dire quand elle a eu ses dernières règles ; elle dit même ne pas se croire enceiute. Tout fait penser que l'avortement a été provoqué.

Nous la voyons pour la première fois le 6 août 1892. Femme pâle, affaiblie, teint terreux; T. : 39°, P. : 110. Diarrhée fétide.

Utérus gros, dépasse le pubis de trois doigts. Douleur à la pression de la eorne utérine droite. Ecoulement lochial fétide. Au toucher, on constate que le eol est largement ouvert; rien dans le canal cervieal. Empâtement douloureux dans le eul-de-sae latéral droit. Le doigt revient chargé d'un liquide sanguinolent, fétide. Injeetion vaginale suivie d'un lavage utérin qui n'a rien ramené. Gaze iodoformée dans le vagin.

7 août : T. : 39°, La perte de sang eontinue par suintement. La malade est mise dans la position obstétricale; injection vaginale, utérine *qui amène une notable perte de sang*. L'hystéromètre introduit dans la eavité utérine rencontre une petite masse de eonsistanee mollasse, adhérente.

Curettage, muqueuse utérine épaisse et fongueuse. Au niveau de la corne droite, la eurette détache avee peine un fragment placentaire qui vient en trois morceaux. Ecouvillonnage avee des tampons d'ouate imprégnés de glyeérine créosotée. Lavage utérin; erayon d'iodoforme, pansement vaginal à la gaze iodoformée.

8 août: Etat général exeellent, T. : 37°; aucune perte de sang. Lavage utérin; crayon d'iodoforme, gaze iodoformée dans le vagin.

Dans les jours qui ont suivi, la malade n'a pas perdu une seule goutte de sang et l'involution utérine a été rapidement eomplète. Guérison.

signes du début; ils sont à peu près constants et dénotent une infection à sa période d'état.

L'utérus est déjà atteint dans sa structure intime; la muqueuse est la première envahie, elle est rouge, épaissie, infiltrée, recouverte d'une couche semi-liquide d'aspect purulent. D'autres fois existent des débris grisâtres, fétides, en voie de décomposition. En ce cas, le délivre retenu est profondément altéré, il devient friable, sa surface est inégale, bosselée, et peut être tapissée de pus. D'abord dans les couches superficielles de la muqueuse et du placenta, puis dans la profondeur, on rencontre de nombreuses colonies microbiennes. Dans une autre forme plus grave, les microbes pénètrent dans les espaces lymphatiques et les veines, à travers les fibres musculaires, et vont y constituer de petits lacs purulents. Le tissu musculaire lui-même, d'abord intact, est atteint dans la suite, il est flasque et ramolli au point qu'il peut échapper au palper.

Les plaies de la vulve et du vagin prennent alors un aspect particulier, elles se recouvrent d'une sorte d'enduit grisâtre, épais, sanieux et très fétide.

Cet exposé rapide des lésions caractéristiques de l'endométrite septique fait comprendre que seuls les moyens énergiques peuvent, en présence de tels désordres, assurer d'abord l'élimination du délivre et surtout le nettoiement antiseptique de la cavité utérine. Il fait mieux comprendre l'action insuffisante de l'*antisepsie vaginale*. Même bien exécutée au moyen d'injections et de pansements à la gaze iodoformée, elle ne peut être qu'un utile adjuvant dans le cours d'autres traitements.

Les injections intra-utérines agissent d'abord en lavant, en nettoyant la cavité de l'utérus; elles font une sorte de balayage mécanique par lequel sont entraînés les débris placentaires, muqueux, semi-purulents qui se trouvent libres dans la matrice; en sollicitant

les contractions utérines, en les provoquant si elles n'existent pas, en les augmentant si elles sont faibles, elles tendent à faire expulser le délivre retenu. Ce réveil des contractions s'explique d'abord par ce fait que le corps étranger introduit dans l'utérus donnera naissance au réflexe qui aboutira à la contraction, puis par l'action de l'eau chaude sur la fibre musculaire et enfin par l'excitation causée par l'action dilatatrice de certaines sondes à écartement et dont celle de Doléris peut servir de type. Mais les injections utérines ne sont pas seulement des agents mécaniques. Le pouvoir bactéricide que leur communique l'adjonction de certaines substances antiseptiques rend leur emploi plus précieux encore.

Les résultats pratiques qu'elles nous ont donnés dans l'infection par rétention post-abortive sont variables. Nous pourrions citer de nombreux cas où elles ont suffi à modifier assez rapidement les phénomènes (hyperthermie, douleur, fétidité des lochies) et ont amené l'expulsion d'éléments placentaires comme dans le fait suivant :

OBSERVATION XXVI

Avortement incomplet. Infection. Injections intra-utérines. Guérison.

Mme M..., 33 ans, quartipare; fait le 13 juillet 1894 une fausse couche de trois mois. Aucun soin antiseptique. Elle croit que tout a été expulsé. Le 16, elle se sent mal à l'aise; céphalalgie. Le lendemain 17, frissons; elle remarque que ses pertes sentent mauvais.

Le 18, même état.

Le 19, nous sommes appelé auprès d'elle. T. : 39°; P. : 120. Utérus douloureux à la pression de sa face antérieure et de sa corne gauche. Ecoulement sanguin assez abondant et d'odeur fétide. Longue injection vaginale avec une solution chaude de sublimé à 25 centigr. pour 1000, puis injection utérine avec

la sonde de Doléris. Il sort un fragment placentaire de mauvaise odeur et de nombreux débris de petit volume. Pansement vaginal à la gaze iodoformée.

20 juillet : Le matin, T. : 38°; P : 96. Injection vaginale puis utérine. Le liquide ressort sale, boueux. Le soir, T. : 38,5. P. 100. Même traitement. Une heure après, sort spontanément avec une notable quantité de sang, un morceau de placenta, gros comme une noix, sentant mauvais.

21 juillet : Le matin, T. : 37,6. Même traitement. Le soir, T. : 37,5. Le liquide de l'injection utérine est à peine chargé de débris. L'utérus a diminué de volume. Encore un peu de douleur localisée à la pression de la corne gauche.

Le 22 : T. : 37,2. Le matin et le soir, même traitement.

Aucune douleur à la pression de l'utérus, qui est presque rentré dans l'excavation pelvienne. On cesse les injections utérines. La guérison a été rapide et complète.

Cette malade n'a plus souffert du ventre depuis. Elle est redevenue enceinte et a accouché dans de bonnes conditions en mai 1896.

Parfois un ou plusieurs débris placentaires sont retenus dans la cavité utérine, quoique détachés de leur insertion; une seule injection utérine, en rétablissant la perméabilité cervicale et le libre écoulement des sécrétions, amène l'évacuation de l'utérus et la cessation de tous les accidents (1).

---

(1) Observation XXVII : *Infection post-abortive. Guérison par les injections intra-utérines.* — Mme V..., 28 ans, cigarière; femme très pauvre, logée dans un taudis, fait le 1er avril 1894 une fausse couche de 4 mois. La sage-femme appelée à ce moment auprès d'elle et qui n'a plus reparu, lui a dit que le placenta était complet. Aucun soin antiseptique. Quatre jours après, nous sommes appelé à la voir, elle est dans un état de saleté repoussant; lochies très fétides; utérus légèrement douloureux à la pression.

T. : 38,6. Lavage de la vulve et du vagin. Le col est presque refermé et admet très difficilement une sonde dilatrice que nous parvenons cependant à faire pénétrer lentement et dont nous écartons graduellement les branches. Le liquide ressort très sale et très infect; avec lui sort un cotylédon placentaire volumineux, puis bientôt un autre. Le lendemain, la

D'autres fois, les injections utérines ont arrêté l'évolution des accidents infectieux sans amener la délivrance. Dans une autre série de cas, ces accidents infectieux n'ont cessé que quelques jours pour reparaître et persister malgré la continuation du traitement. Nous avons vu enfin, bien souvent, le lavage utérin n'être d'aucun effet sur la marche de la température et les autres phénomènes septiques (1). C'est que l'action des injections intra-utérines ne s'exerce que sur les parties superficielles ; s'il existe des lésions profondes de la muqueuse ou une masse placentaire volumineuse qui entre en voie de décomposition, il est facile de comprendre que l'irrigation ne détergera que la surface et n'agira nul-

---

température est normale ; même traitement. Le liquide est encore un peu sale. Le soir, injection utérine qui ne ramène rien.

Les suites ont été dès lors très normales.

(1) Observation XXVIII : *Fausse couche de 3 mois. Rétention placentaire. Infection. Insuffisance des injections utérines. Curettage. Guérison.* — Mme D.... 27 ans. Le 1er août 1894, après cinq jours de coliques et de petites pertes de sang, expulse un fœtus mort et macéré paraissant âgé de 3 mois. Le placenta n'est pas expulsé. Cessation de tout travail. La sage-femme au courant de l'antisepsie fait des lavages vaginaux et une injection utérine. Gaze iodoformée dans le vagin.

Le lendemain, 2 août, T. : 37°. Le soir, T. : 37,5. Aucune douleur. Continuation des lavages utérins. Léger écoulement sanguinolent continu.

3 août : Dans la matinée. Léger frisson, écoulement vaginal un peu fétide, lavage utérin. Le soir, T. : 39,5. Nouveau lavage utérin. un lavement boriqué amène une selle copieuse. Sulfate de quinine 1 gramme.

4 août : Nous constatons que l'utérus, mou, dépasse le pubis de deux travers de doigt. Corne utérine gauche très douloureuse à la pression. Ecoulement lochial, crémeux, rougeâtre, un peu fétide. Orifice externe ouvert, l'orifice interne n'admet pas la pulpe de l'index. Le col a toute sa longueur accoutumée, le cul-de-sac latéral gauche est un peu douloureux au palper bi-manuel. T. : 38,5 ; P. : 110. Grand lavage utérin avec la sonde de Doléris qui franchit l'orifice interne avec quelques frottements. Ecartement progressif des branches. Le liquide ressort presque clair. Le soir, même traitement. T. : 39,7 ; P. : 110.

5 août : T. : 39°. Curettage. La malade refuse l'anesthésie. Muqueuse épaissie. Le placenta est inséré dans la corne gauche, il est très adhérent. Il vient par gros fragments aplatis, atrophiés, un peu durs, lambeaux de membrane. Peu de sang. Ecouvillonnage avec de l'ouate imprégnée de

lement sur les couches les plus atteintes, quand l'infection remonte déjà à quelques jours. Aussi, dans ces circonstances, même si les phénomènes infectieux disparaissaient sans que la délivrance se fît, sans précipitation, sans hâte, laissant aux simples injections utérines le temps de donner tout leur résultat, nous nous préparerons à une intervention plus active.

Dans les cas de rétention, surtout s'il existe déjà des phénomènes septiques, des accidents tout au moins impressionnants peuvent succéder aux injections utérines. M. Tarnier a étudié magistralement ces faits (1).

Nous tenons à rapporter l'observation suivante (page 85) dans laquelle l'injection utérine fut suivie d'un violent frisson avec élévation de la température. Avec M. Tarnier, nous ne pouvons admettre qu'il s'agisse ici d'accidents nerveux d'ordre purement réflexe. Nous pensons plutôt que, mécaniquement, l'injection utérine agitait, mettait en mouvement tous les germes septiques contenus dans l'utérus et favorisait leur diffusion dans l'organisme. Une intervention plus radicale, le curettage par exemple, aurait pu, nous le savons, être suivi des mêmes effets momentanés, mais elle aurait eu l'avantage compensateur de supprimer d'un coup les sources productrices des germes morbides, c'est-à-dire le placenta retenu et la muqueuse infectée.

Doderlein (2) a dit qu'en ces circonstances il y avait

---

glycérine créosotée au tiers. Lavage utérin, crayon d'iodoforme dans l'utérus. Gaze iodoformée dans le vagin.

Le soir, T. : 38°. Quand on presse la corne utérine gauche, la malade déclare ne plus éprouver la même douleur.

6 août : Ablation de la gaze iodoformée vaginale. T. : 37°. Le soir, T. : 37,5.

Suites excellentes. Guérison complète et rapide. L'opérée, revue souvent depuis, n'a gardé aucune lésion utérine ou péri-utérine.

(1) Tarnier. Asepsie et antisepsie obstétricales, p. 640.

(2) *Arch. f. gynaek.*, 1891, p. 99.

le plus souvent « inoeulation de l'utérus produite par » la sonde qui aurait entraîné jusque dans la matrice » les produits septiques ramassés au niveau de la vulve, » du vagin ou du col ». Nous l'avons dit, l'injection utérine doit toujours être précédée d'une toilette vulvaire et d'un lavage vaginal antiseptique. Mais dans le cas actuel, notre manuel opératoire n'a en aucune façon prêté le flanc à cette critique. Chaque fois, nous avons eu soin de procéder comme dans un vrai pansement gynécologique, c'est-à-dire de mettre le col à nu avec le spéculum et de désinfecter soigneusement ce col et le canal cervical. Il faut remarquer aussi que chez notre malade une injection a été suivie d'une perte de sang assez violente par décollement partiel du placenta. Sans diminuer en rien la valeur des injections utérines, nous estimons que, dans la pratique, la production de tels accidents indique formellement qu'il n'y a pas avantage, qu'il y a même danger à persister dans l'emploi de proeédés incomplets et qu'il faut aborder franchement l'extraction instrumentale du plaeenta et, s'il y a lieu, l'abrasion de la muqueuse malade.

OBSERVATION XXIX

Rètention placentaire post-abortive. Manifestations septiques. Traitement par les injections utérines infructueux et signalé par des accidents. Hémorragie grave, subite, au trente-deuxième jour. Curettage. Guérison.

Mme A,.., 23 ans. En juillet 1892, étant enceinte de près de trois mois, éprouve quelques coliques et perd chaque jour un peu de sang. Une sage-femme conseille de faire *beaucoup d'exercice*. Puis la perte s'accentuant, finit par déclarer que la fausse couche est faite et qu'il n'y a plus lieu de s'en occuper.

19 juillet : Appelé à examiner la malade, nous constatons que le col est à peine entr'ouvert et que le corps dépasse le pubis de trois travers de doigt. Nous déclarons que l'avortement

n'a pas lieu et même que le repos et des lavements laudanisés pourraient l'éviter. Il n'est tenu aucun compte de nos conseils.

Le 4 août, Mme A... expulse un fœtus paraissant âgé de trois mois et dont la mort semble toute récente. Aucun écoulement sanguin. La délivrance ne se fait pas.

A partir du 6 jusqu'au 10, on donne chaque jour une injection intra-utérine qui ne ramène rien. Température normale, sauf le 8 et le 9 où elle monte le soir à 38°. Le 10, une intervention radicale est refusée par la famille; on se borne à mettre la malade dans la position obstétricale et à faire l'écouvillonnage glycéro-créosoté de la cavité utérine précédé et suivi d'une injection utérine avec une sonde dilatatrice, il s'écoule un peu de sang et il sort un fragment placentaire de deux centimètres de diamètre sur un centimètre d'épaisseur. Le soir T. : 38°.

Le 11 : T. : 37°. Même état le 12, le 13 et le 14; ces jours-là, simples injections vaginales. L'utérus reste au même niveau.

Le 15 : T. : 38°. P. : 110°. Douleur à la pression de la corne gauche. Injection utérine.

Le 16 : T. : 38,5. P. : 110°. Injection intra-utérine qui est suivie d'un long et violent frisson au cours duquel la température monte à 40°.

Le 17 : L'injection utérine est suivie du même frisson et de la même hyperthermie momentanée.

Le 18 : T. : 38,5. Il se produit, au cours de l'injection utérine, un très léger frisson; elle est accompagnée d'une perte de sang assez abondante, due probablement au décollement et à l'expulsion d'un fragment placentaire gros comme une noix et très altéré.

Le 19 : T. : 38,8. Injection utérine suivie également d'un long frisson.

Les jours suivants, 20 et 21, pas d'injection utérine. La température varie entre 38° et 38,5.

Le 22 : T. : 39,4.

Nous insistons à nouveau auprès de la malade et de sa famille pour qu'il nous soit permis de faire le curettage qui nous paraît de plus en plus indiqué. Refus formel.

Les 13 jours qui suivirent s'écoulèrent sans incidents. La température descendit peu à peu à la normale. Quelques pertes jaunâtres non fétides. La malade commença à se lever malgré

nos conseils. L'utérus restait gros et il persistait de la douleur à la pression au niveau de la corne gauche.

Le 5 septembre, la malade étant étendue sur sa chaise longue est brusquement prise d'une hémorragie très abondante qui ne peut être arrêtée que par un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Ce tamponnement reste placé jusqu'au lendemain 6 septembre.

Le curettage est enfin décidé : Le 7, après anesthésie chloroformique, nous introduisons dans l'utérus une sonde dilatatrice progressivement écartée, puis une curette qui tout d'abord ne ramène que des fragments de muqueuse. Mais après un râclage plus énergique, nous détachons et amenons au dehors de volumineux morceaux de placenta sur lesquels la curette avait jusqu'alors glissé sans les entamer. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée laissé pendant deux jours. Plus de fièvre, plus de perte de sang. Guérison.

Nous ne nous attarderons pas à discuter le traitement par *l'irrigation continue* proposé par MM. Pinard et Varnier. Malgré l'autorité de ses promoteurs, il n'est plus guère employé; il nous semble d'ailleurs qu'il n'a jamais été proposé d'une façon spéciale pour les accidents infectieux post-abortifs.

Il en est de même du *drainage de l'utérus* au moyen d'un tube de caoutchouc mou ou rigide, qui, après avoir joui d'une certaine vogue pendant quelques années, est complètement abandonné et n'est plus employé aujourd'hui que comme pansement à la suite d'une intervention intra-utérine. Ses partisans (Langenbeck, Fritsch), lui reconnaissaient plusieurs avantages : « Le drainage maintient, disaient-ils, la per-
» méabilité de l'utérus et assure l'écoulement des
» liquides septiques enfermés dans sa cavité. Grâce à
» son emploi, les injections intra-utérines sont moins
» douloureuses et plus faciles à donner ». Le seul drainage admis aujourd'hui se fait à l'aide d'un ruban de gaze antiseptique qui, modérément serré, passe de

l'utérus dans le vagin. Le plus souvent il est précédé du curettage et n'est, en somme, qu'une modalité du tamponnement utérin.

Les *ballons* de MM. Tarnier, Moussous et Champetier de Ribes, ne nous paraissent pas de nature à rendre service dans l'infection. Nous avons déjà dit que leur action était lente, peu énergique, quelquefois nulle, qu'ils pouvaient seulement produire la dilatation, et cela beaucoup moins sûrement qu'une tige de Hégar qui passera sûrement toutes les fois que le ballon aura pu être introduit. L'observation suivante démontre d'ailleurs le peu de service qu'on en peut attendre.

OBSERVATION XXX

Avortement de deux mois. Infection. Injections utérines et ballons insuffisants. Curettage. Rétention de pus due à un tamponnement trop serré. Guérison.

Marie P..., 26 ans, secundipare.

D. R., 25 septembre 1893. Ressent subitement, le 25 novembre, une douleur dans le bas-ventre. Peu d'instants après, petite perte de sang accompagnée de coliques. Le surlendemain, ces phénomènes persistant, elle entre à la Clinique Obstétricale. Utérus ne dépassant pas le pubis; col peu ramolli, admettant à peine la pulpe du doigt. Le doigt retiré est souillé de sang d'une odeur fétide. T. : 38,8. Les injections vaginales et intra-utérines n'entraînent au dehors que quelques petits débris.

30 novembre : T. M. : 38,6; T. S. : 39,2.

Un ballon du professeur Moussous est introduit et gonflé avec 60 gr. de liquide environ, mais en retirant la pince qui fixe le col, une des griffes crève le ballon. Un deuxième ballon est placé et gonflé. Il reste dans l'utérus jusqu'au lendemain (24 heures), mais ne détermine aucune contraction utérine.

1er décembre : Le ballon est tombé dans le vagin, mais aucune partie du délivre n'a suivi son expulsion. Les injections ramènent seulement quelques petits caillots. T. M. : 39°; T. S. : 39,5. Curettage : La curette retire à peu près 20 à 30 gr.

de tissu placentaire et de nombreux petits débris d'aspect puriforme. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le lendemain 2, la température est de 39,4 le matin et de 39,8 le soir. On enlève le tampon qui avait été appliqué un peu trop serré; il s'écoule aussitôt une certaine quantité de liquide épais et fétide. Injection utérine.

Le 3, la température est tombée à 37,5. Elle reste dès lors normale. Nous en avons conclu que le tamponnement, étant trop serré, avait empêché le libre écoulement des liquides sécrétés.

Il nous semble que, dans les cas d'infection, cette inefficacité des ballons peut s'accompagner d'un véritable danger constitué par l'occlusion de l'orifice cervical et la rétention des produits septiques.

Le *tamponnement utérin* est passible du même reproche. Mieux encore que le ballon, il obture l'utérus. Pour nous, dans la rétention post-abortive *avec infection*, nous considérons que, sauf certaines indications urgentes, telles que l'hémorragie, le tamponnement utérin doit n'être qu'un complément du curettage. Comme nous le montrerons en parlant de la technique de cette opération, son emploi est, dans les cas de rétention septique, sujet à bien des réserves et son application soumise à des conditions toutes particulières (voir Obs. XIX, XXX, etc.).

Arrivons enfin à une méthode qui a le mérite de répondre à l'indication causale du traitement de la rétention, c'est l'évacuation de l'utérus par le doigt, le *curage digital.* Nous l'avons tenté dans presque tous les cas que nous avons eu à traiter; s'il nous a donné quelques succès quand l'hémorragie était le symptôme prédominant (Obs. IV, XVI, XVII, XXI, XLI, XLII), nous devons avouer qu'il a souvent échoué entre nos mains lorsqu'il s'est agi de combattre les accidents infectieux. Cette différence d'action tient à ce que, dans l'hémorragie, le curage digital supprime l'acci-

dent et sa cause s'il réussit à extraire le placenta, tandis que dans l'infection, après l'extraction du délivre, il peut rester une muqueuse utérine suffisamment modifiée pour entretenir les troubles préexistants. En outre, un placenta altéré est plus friable, se déchire plus aisément sous le doigt, ce qui peut donner souvent lieu à une opération incomplète, comme dans l'observation XLIII et dans d'autres cas observés par nous où, après un curage digital complet en apparence, la persistance et le renouvellement des accidents ont motivé un curettage qui a retiré de volumineux débris placentaires.

Nous avons toujours présent à l'esprit un cas où le curage digital, fait avec le plus grand soin chez une femme profondément infectée, faillit coûter la vie au courageux praticien qui l'avait exécuté.

OBSERVATION XXXI

Infection post-abortive très grave. Phlegmon septique chez l'opérateur après curage digital.

Le 12 janvier 1892, notre distingué confrère et ami, le docteur Peyneaud (d'Arès), fut appelé à Andernos auprès d'une femme de 35 ans, quartipare, faible, misérable, depuis longtemps maladive, qui avait fait dix jours auparavant une fausse couche de trois mois environ. La température était de 40,5; le pouls à 140. Une odeur infecte s'élevait des organes génitaux; grand lavage vaginal. Injection utérine; l'index droit introduit dans l'utérus retira des débris placentaires d'une horrible fétidité. Nouvelle injection utérine; pansement vaginal à la gaze iodoformée.

Appelé à voir la malade avec le docteur Peyneaud, nous arrivons le lendemain matin 13. Elle était moribonde et malgré plusieurs injections sous-cutanées de caféïne, elle expira dans la journée.

Quatre jours après, le docteur Peyneaud remarqua qu'il por-

tait à l'index droit, dans le voisinage du sillon péri-onguéal, une petite écorchure qui devint douloureuse et s'enflamma. Il eut de la fièvre, de la diarrhée, des sueurs profuses et fétides, de la lymphangite de l'avant-bras et du bras; il se forma un abcès ganglionnaire de l'aisselle que nous dûmes inciser une dizaine de jours après le début de l'infection. Le pus abondant qui s'en échappa exhalait une odeur absolument semblable à celle de lochies fétides et de débris placentaires longtemps retenus dans l'utérus.

Notre distingué confrère a d'ailleurs parfaitement guéri.

Malgré de fréquents insuccès, nous conseillons de commencer par tenter le curage digital quand l'utérus sera facilement abaissable et l'insertion placentaire accessible. Il nous a donné parfois d'excellents résultats. N'oublions pas qu'il est très souvent impossible.

L'*écouvillonnage* a été préconisé comme un moyen héroïque d'évacuation utérine. Nous reconnaissons que l'écouvillonnage, fait soit avec un véritable écouvillon, soit avec des tampons de coton hydrophile, est un complément excellent du curettage utérin et nous en usons d'une façon presque constante. Nous admettons, dans certains cas de fausse couche ovulaire incomplète, quand les accidents ne revêtent pas un caractère menaçant, qu'on peut tenter d'un traitement gynécologique qui consiste à dilater l'utérus, l'irriguer et l'écouvillonner. Nous avons rapporté plus haut un succès obtenu en agissant de la sorte (Obs. XXII). Mais lorsqu'il s'agira non plus de fragments petits et faiblement adhérents, mais de volumineux éléments placentaires intimement collés à la surface utérine, l'écouvillon le plus énergiquement manié glissera sur eux sans les entraîner ou n'en ramènera qu'une minime partie (Obs. XXIX). L'écouvillonnage seul nous semble donc une manœuvre inefficace à laquelle il ne faut pas s'attarder.

Comme on le voit, ces divers traitements ont été le plus souvent insuffisants et il a fallu recourir au trai-

tement chirurgical que nous avons vu déjà maîtriser le plus souvent l'hémorragie : ce traitement, c'est le *curettage*. Lui seul, en effet, peut débarrasser l'utérus des éléments placentaires ou membraneux en voie de décomposition et des couches superficielles de la muqueuse altérée, c'est-à-dire détruire le point d'origine des colonies microbiennes et le réservoir intarissable d'où partent incessamment de nouveaux principes infectieux.

Ainsi qu'on a pu le voir à la lecture des observations que nous avons déjà citées et que le montreront celles qu'il nous reste à rapporter, c'est le curettage qui le plus rapidement a mis fin aux accidents infectieux quelquefois graves, présentés par nos malades. C'est ainsi que, dans l'observation suivante, on voit la température, qui était de 40° avant l'opération, tomber le lendemain à 37° et s'y maintenir les jours suivants.

OBSERVATION XXXII

Avortement de deux mois. Hémorragie et infection. Curettage.

Clarisse G., 25 ans, primipare. Dernières règles 3 septembre 1894. Le 5 novembre fait une chute et quelques instants après perd du sang en abondance ; douleur hypogastrique. Elle se met au lit, la perte cesse pour reparaître plus intense le lendemain matin. Expulsion d'un petit fœtus. Aucun soin antiseptique ; les pertes reparaissent un peu tous les jours. Malaise, céphalalgie, quelques frissons.

Le 10 : Violente hémorragie. La malade est portée à la Clinique. L'hémorragie s'est un peu calmée sous l'influence d'une injection vaginale chaude. Utérus gros, col entr'ouvert. Le doigt ressort imprégné de sang très fétide. T. : 38,8. Injection utérine. Le soir, T. : 40°. La malade perd toujours un peu de sang.

Anesthésie, curettage ; la curette ramène environ 45 grammes

de débris placentaires fétides. Grand lavage utérin. Tamponnement utérin très lâche, à la gaze iodoformée.

La nuit a été bonne ; pas de perte de sang.

Le lendemain 11, la température est le matin de 37°, et le soir de 37,5.

Le 14 : Ablation de la gaze iodoformée devenue très légèrement fétide.

La température est toujours normale. Exeat le 25. Guérison complète.

On peut rapprocher de cette observation, l'observation VI, où le curettage supprima d'emblée l'hyperthermie et mit fin à des vomissements jusque-là incoercibles. D'autres fois, la défervescence est progressive. et la température ne redevient normale qu'après quelques jours.

OBSERVATION XXXIII

Avortement de trois mois. Rétention placentaire partielle. Curettage.

Marie A., 31 ans, sextipare. Dernières règles en mars 1895. Vers la fin de juin, douleurs lombaires qui deviennent plus intenses en juillet. Le 8 juillet, à deux heures du matin, expulse un fœtus mesurant 15 centimètres. Six heures plus tard, il sort une partie du placenta. La malade est transportée dans l'après-midi à la Clinique obstétricale. T. : 40°.

Le 9 juillet, le matin : T. 38,4 ; L'après-midi, 39,2. Lochies très fétides. A 7 heures du soir, T. : 40°. Le curettage est pratiqué aussitôt. L'utérus mesure 12 centimètres. La curette ramène des débris de membranes et de volumineux fragments placentaires fétides. Lavage utérin soigneux. Ecouvillonnage glycéro-créosoté. Un peu de gaze iodoformée est laissée comme drain dans la cavité utérine.

A 10 heures du soir, frisson violent qui dure cinq minutes. T. : 40°.

Le 10 juillet : T. : 37,5; le soir, T. : 38,5.

Le 11 juillet : T. : 37,5 et 38°.

Le 12 juillet : T. : 37° et 37,5.

Dès lors la température est restée à la normale et la malade a guéri sans incident.

L'argumentation hostile au curettage insiste sur ces faits, qui sont loin d'être rares (Obs. XXXIII, XXXV, XLVI), où le curettage est suivi, le jour même ou le lendemain d'un frisson et d'une ascension de température bien supérieure à celle qui existait déjà. Le phénomène a été attribué à une rapide diffusion des éléments infectieux; mais leur source étant supprimée, leur ravitaillement n'existant plus au niveau de l'utérus, leur élimination est très rapide et la température redevient normale au bout de quelques jours, parfois même le lendemain (voir obs. XLVI).

Plusieurs de nos observations montrent également qu'une hyperthermie consécutive à un curettage a cédé immédiatement à l'ablation d'un tampon utérin et vaginal trop serré.

Certes nous ne prétendons pas que le curettage réussisse aussi infailliblement, lorsqu'il s'agit d'accidents septiques, qu'il le fait dans l'hémorragie où l'effusion sanguine est arrêtée d'emblée. Il peut échouer lorsque la malade est trop profondément et depuis trop longtemps infectée. L'un de nous a publié récemment le cas d'une femme très débile chez laquelle une rétention placentaire entretenait depuis plusieurs jours une température variant entre 38 et 39,5. Le placenta fut enlevé par le curettage et les phénomènes septiques persistèrent. Il ne se produisit aucune lésion et malgré deux séries d'injections de sérum anti-streptococcique faites selon la technique de M. Marmorek, malgré des transfusions profuses sous-cutanées de sérum artificiel, malgré deux tentatives de dérivation par l'essence de térébenthine appliquée à la façon de M. Fochier, la

malade succomba 35 jours après (1). Nous pouvons rapprocher de ce fait récent le cas d'une femme ayant avorté à la suite de manœuvres abortives multiples, et curettée par nous pour une rétention de placenta putride et qui mourut cinq jours après. Mais il faut remarquer que chez elle, il y eut, pendant les trois jours qui suivirent l'opération, une amélioration notable, ce qui nous permet de penser qu'une intervention plus précoce eût peut-être guéri cette malheureuse.

OBSERVATION XXXIV

Rétention placentaire post-abortive. Avortement criminel. Infection. Curettage. Mort.

Le 1er juin 1893, nous sommes appelé auprès de Mme X..., 29 ans, qui a de la fièvre et perd du sang; elle nous avoue qu'étant enceinte de trois mois, elle a subi, il y a dix jours, des manœuvres abortives répétées le lendemain et suivies trois jours après, c'est-à-dire il y a sept jours, de l'expulsion d'un fœtus. Depuis, rien autre n'est sorti qu'un peu de sang par suintement continu. L'utérus est gros, douloureux, il remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Les lochies sont très fétides, la langue est sèche, le ventre est généralement douloureux à la pression. T. : 39; P. : 120. Le vagin est empli par une masse en chou-fleur qui paraît être le placenta ; une légère traction de l'index amène un fragment gros comme une pomme, horriblement infect, mais on sent que la cavité utérine n'est pas vide. Le curage digital est impossible. Lavage utérin abondant. Le soir T. : 40; P. : 120. Lochies toujours horriblement fétides. Etat général mauvais. Pas d'alimentation. Nouvelle injection utérine prolongée ; quinine, etc.

La famille, à qui nous communiquons nos craintes, nous supplie d'agir avec énergie : le curettage est décidé.

2 juin : T. M. : 39,6 ; P. : 120. Anesthésie. Du vagin s'écoulent des produits horriblement fétides. Grand lavage vaginal et

(1) Société d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux, juillet 1896.

utérin. La curette ramène de volumineux fragments de placenta insérés sur la partie antérieure de l'utérus. Ces fragments sont fétides et de consistance très molle. L'exploration digitale de l'utérus montre qu'il est absolument vide. Nouvelle injection utérine. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Le tout a duré un quart d'heure. Le soir, T. : 38.; P. : 100. Piqûres de bromhydrate de quinine, 50 centigrammes. La malade se dit très bien, elle souffre peu du ventre et prend un peu de lait et un peu de champagne.

3 juin : T. : 37,8; P. : 100. Alimentation liquide. Selles naturelles. Le soir, T. : 38; P. 110. Bromhydrate de quinine en injection sous-cutanée.

4 juin : Pas d'albuminurie. Ablation du tampon peu fétide. Lavage utérin renouvelé le soir. T. : 37,5; P. 100. Injection sous-cutanée de quinine. Le soir, T. : 38; P. : 90. La nuit est bonne. Alimentation. Selles naturelles.

5 juin : T. : 38; P. : 100. Lavage utérin.

L'après-midi : la malade est agitée, loquace ; un peu de diarrhée fétide. T. : 38,5 ; P. : 130. Injection sous-cutanée d'un gramme de bromhydrate de quinine. Un nouveau lavage utérin ne ramène rien. La nuit est mauvaise ; délire. Aucune douleur abdominale.

6 juin : Le matin, T. : 38,5; P. : 120. Respiration fréquente 28. Douleurs intenses à la pression des genoux, des hanches et des articulations tibio-tarsiennes. Soif vive. Pas de vomissements. Le délire s'accentue. Le soir, T. : 38,8 ; P. 120. Le chiffre respiratoire est à 30. Faiblesse très grande, gencives et dents fuligineuses.

Le même état continue le lendemain et la malade s'éteint au milieu de la nuit dans un délire calme.

D'autres fois, le curettage, pratiqué dans des conditions exceptionnellement graves, a sauvé la vie aux malades tout en n'empêchant pas l'évolution de phénomènes septiques divers : l'observation suivante mérite à ce point de vue d'être rapportée.

Il faut remarquer qu'il s'agit ici d'une femme atteinte de blennorragie. Le curettage a été imposé par la vio-

lence de l'hémorragie et nous l'avons fait à regret, sachant quel coup de fouet cette intervention imprime d'habitude aux invasions microbiennes chez les malades en état d'évolution blennorragique.

OBSERVATION XXXV

Rétention placentaire post-abortive chez une femme blennorragique et déjà puerpéralement infectée. Hémorragie grave. Curettage, Continuation des manifestations septiques. Accidents pelvi-péritoniques. Guérison.

Mme M..., 30 ans, bonne santé habituelle, tertipare. Dernières règles, fin septembre 1893. *A contracté vers la fin de novembre une vaginite blennorragique.* Il y a tout lieu de soupçonner que des manœuvres abortives ont été exercées.

Le 15 septembre, dit-elle, elle perd un peu de sang. Le 18, cette perte qui n'a pas cessé et pour laquelle n'a été demandé aucun secours médical, se transforme en hémorragie violente. De gros caillots sont expulsés et jetés sans être examinés. Un tamponnement vaginal est pratiqué par un médecin, sans aucun soin antiseptique. Il faut noter que la veille la malade avait eu dans l'après-midi de la fièvre.

Le lendemain, elle ôte elle-même le tampon et reprend ses occupations. Cependant la perte de sang continue plus ou moins abondante. Toujours un peu de fièvre dans l'après-midi.

Le 1er janvier 1894, violente hémorragie qui va jusqu'à la syncope. On fait appeler cette fois notre distingué confrère, le docteur Viaud, qui, après une grande injection vaginale d'eau très chaude, applique avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses un tamponnement vaginal qui arrête l'écoulement sanguin. Piqûres d'éther, etc.

Le soir, T. : 39°; P. : 120.

Le lendemain 3 janvier, nous sommes appelé à examiner la malade. T. : 38°. Le ventre est douloureux, surtout au niveau des cornes utérines. L'utérus dépasse le pubis. Le tampon est enlevé. Il est complètement imprégné de sang et exhale une mauvaise odeur. Grande injection vaginale chaude. Au toucher, on constate que les culs-de-sac sont le siège d'un empâ-

tement douloureux. Le col est largement ouvert, le doigt qui y pénètre rencontre un fragment placentaire flottant qui paraît très adhérent au fond de l'utérus. Pendant cet examen, il s'écoule beaucoup de sang. Le doigt revient empreint d'une odeur fétide très marquée. Injection utérine au sublimé.

En raison des hémorragies multiples et de l'état septique qu'entretient chez cette femme la rétention placentaire, nous décidons de pratiquer immédiatement l'évacuation complète de la cavité utérine.

Anesthésie. Le curage digital est impossible. En raison des phénomènes annexiels septiques existants, nous voulons éviter tout abaissement de l'utérus. Aussi maintenons-nous simplement le col sans l'abaisser avec une pince de Duplay ; nous introduisons une grosse curette annulaire. L'utérus à près de 20 centimètres. On ramène plusieurs fragments placentaires gros comme une noix et des lambeaux de membranes. Ces éléments ont une très mauvaise odeur.

Ecouvillonnage de la muqueuse utérine à la glycérine créosotée au tiers. Irrigation utérine très prolongée. Léger tamponnement utérin. Vomissements dus au chloroforme. Le soir, T. : 40°. P. : 120, frissons. Il est prescrit un lavement avec 2 grammes de sulfate de quinine.

3 janvier : Le matin, T. : 37,5; P. : 100. Les vomissements continuent. Le soir, T. : 39°; P. : 120.

4 janvier : La nuit n'a pas été mauvaise. Les vomissements ont cessé. Selles naturelles. T. : 37,9; P. : 98. Ablation du tampon utérin, non fétide. Injection utérine. Le soir, T. : 37,4, P. : 96. Alimentation. Bon état général. Aucune douleur abdominale, spontanée ou à la pression. Deux fois par jour, injection vaginale chaude sublimée. Cette situation favorable persiste jusqu'au 20 janvier. Ce jour-là, la malade, que nous n'avons pas vue depuis plusieurs jours, nous fait appeler en grande hâte. Elle souffre beaucoup du ventre depuis la veille, elle a eu des frissons et se sent de la fièvre. Douleur très vive à la pression dans le flanc droit. Toucher très difficile par l'accumulation de matières fécales dans le rectum. T. : 38°.

Le cul-de-sac droit est occupé par un empâtement du volume d'une pomme, très douloureux au palper et au toucher. Rien

dans le cul-de-sac de Douglas. Application de glace sur le ventre.

Le 23 : T. : 38. La masse inflammatoire a gagné le cul-de-sac de Douglas et appuie sur le rectum. Grands lavements chauds avec une longue canule.

Le 25 : T. : 39°. L'utérus est immobilisé dans une masse volumineuse qui part du cul-de-sac droit pour emplir le cul-de-sac de Douglas; masse dure, bosselée, douloureuse à la pression, en aucun point, elle n'offre de fluctuation.

Le 26 et jours suivants : La malade s'alimente un peu plus. L'état général est assez bon. L'empâtement douloureux a gagné le cul-de-sac gauche. Irrigation vaginale et rectale très chaude. Application de tampons d'ouate imprégnés d'onguent napolitain.

Dans les premiers jours de février, la température est redevenue normale, les douleurs abdominales sont beaucoup moindres; parfois le soir, de petits frissons et de temps en temps la température remonte à 38°.

Vers le 5 mars, se déclare brusquement une phlébite du membre inférieur droit qui dure jusqu'en mai. A cette époque, on ne trouve plus au toucher qu'une masse située dans le cul-de-sac latéral droit, du volume d'un œuf. Un peu de leucorrhée; l'utérus est mobile. Situation normale. La marche est aisée et indolore, mais la jambe droite s'œdématie très promptement.

En juillet, Mme X... a repris sa vie ordinaire. Les culs de-sac gauches sont libres, les annexes de droite incluses dans une masse un peu dure, épaisse comme le doigt et large comme une pièce de cinq francs, peu douloureuse au palper et au toucher. Etat général excellent. Nous la revoyons en septembre, tout empâtement péri-utérin a disparu, l'état général est florissant.

A côté de ces cas où le succès a été nul ou moins manifeste et moins prompt, nous en montrons dans ce travail un assez grand nombre où, chez des femmes profondément atteintes, une intervention même tardive a été suivie du résultat le plus heureux. La gravité de

l'état général, l'intensité des phénomènes infectieux, la longue durée de la rétention placentaire légitimeront une intervention prompte et énergique plutôt que de la contre-indiquer.

Faut-il pratiquer le curettage s'il existe des lésions des annexes? A notre avis on le peut sans danger pourvu qu'on évite d'abaisser le col utérin et qu'on se borne à le maintenir fixé à l'aide d'une pince. Nous reviendrons sur ce point à propos de la technique du curettage.

Il peut arriver, et nous en citons un exemple (voir page 123), que la *perforation de l'utérus consécutive à des manœuvres abortives* s'accompagne de rétention placentaire. Que faire en pareil cas? Le choix de la conduite à tenir est ici très délicat. Si la perforation est récente, si le diagnostic a pu être fait d'un façon précoce, ce qui est rare, si l'avortement date de très peu de temps et s'il n'existe aucun signe d'infection, on peut à la rigueur se borner à curetter doucement l'utérus sans y faire d'injections, puis à le tamponner à la gaze iodoformée. Mais s'il existe la moindre présomption d'infection, le curettage est insuffisant, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut recourir en toute hâte; si l'infection de l'utérus se propage au péritoine, l'ablation de l'utérus ne suffit pas, il faut ouvrir la cavité péritonéale, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale, l'asepsier le plus parfaitement possible et en assurer le drainage.

Nous ne nous attarderons pas à décrire le traitement *médical* de l'infection dans la rétention post-abortive; disons seulement qu'il joue un rôle très important et constitue un utile adjuvant du traitement utérin. Il faut combattre l'hyperthermie par la quinine administrée par les voies buccale et rectale, ou mieux sous-cutanée. Si la température se maintenait très haut en dépit de l'évacuation et du lavage de l'utérus ainsi que de la

quinine, les affusions froides, ou mieux les bains froids seraient d'un précieux secours. Il faut administrer largement les toniques et assurer l'alimentation, soutenir s'il y a lieu la fibre cardiaque par la caféine, exciter la vitalité globulaire par des inhalations d'oxygène et veiller à la vacuité et à l'antisepsie de l'intestin.

Dans les cas où les phénomènes septiques généraux s'aggraveraient et ne cèderaient pas au traitement local et médical que nous venons d'indiquer, on pourrait créer, ainsi que le conseille M. Fochier (1), un ou plusieurs abcès de dérivation. Avec la seringue de Pravaz, M. Fochier injecte un centimètre cube d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous-cutané et fait ainsi du même coup, suivant la gravité du cas, 2, 3 ou 4 piqûres en des points éloignés. L'injection est suivie rapidement de l'apparition d'une inflammation très vive avec tuméfaction et rougeur de la peau qui atteint son maximum le troisième jour. L'abcès prend tantôt les allures d'un véritable abcès chaud, tantôt celles d'un abcès qui n'a aucune tendance à ulcérer la peau, allure que l'on retrouve dans certains abcès de fixation survenant spontanément dans la fièvre puerpérale. Ces abcès sont assez longs à guérir; dans certains cas il faut les inciser largement pour pouvoir explorer et panser toute la poche qui est souvent anfractueuse. M. Fochier recommande même, pour peu qu'il persiste un mauvais état général, de provoquer de nouveaux abcès avant l'incision des premiers : de cette façon, on entretiendrait une fixation continue que l'auteur juge essentielle pour le succès de la méthode dans les cas très graves. Quelquefois cependant, les injections de térébenthine ne détermineront pas de suppuration ni même de réaction

(1) Fochier. Traitement de la fièvre puerpérale par la provocation d'abcès artificiels (*Annales de la Société obstétricale de France*, 1892, p. 119).

locale; il s'agit alors de sujets très atteints dont l'organisme n'a plus la force de réagir en présence des irritations. Alors le pronostic est des plus graves; mais il ne faudrait pas croire que les injections pyogènes n'ont qu'une valeur pronostique et qu'elles renseignent seulement sur le degré de résistance de la malade. Elles auraient au contraire, pense M. Fochier, une action thérapeutique certaine, comme le témoignent les résultats obtenus par M. Fochier et M. Thiéry, de Rouen, dans plusieurs cas de fièvre puerpérale grave.

Nous n'avons pas une expérience personnelle suffisante de cette méthode, nous n'y avons eu recours qu'une fois et sans succès, dans un cas de septicémie post-abortive généralisée, sans localisation.

Les injections de sérum anti-streptococcique préconisées ces derniers temps par MM. Marmorek, Charrin et Roger, ont donné jusqu'à présent des résultats trop divers pour qu'on en puisse sans hésitation conseiller l'emploi.

Par contre, en de telles circonstances, nous accordons une plus large confiance aux *injections sous-cutanées* abondantes, de sérum artificiel dont nous avons donné la technique dans le chapitre précédent. Elles ont l'avantage d'être inoffensives, faciles à exécuter, et ensuite de relever l'état général et surtout de solliciter une diurèse abondante et de faire en quelque sorte un lavage du sang. Nous croyons bien fermement que si ces injections ne sont pas trop tardives, si elles sont faites à doses assez élevées, 800, 1200, 1500, 2000 grammes même en trois ou quatre fois dans la journée, si elles sont continuées assez longtemps, elles donnent de très sérieux résultats.

V

TECHNIQUE DU CURETTAGE

Sommaire . Pour être inoffensif et fructueux, le curettage doit procéder d'une technique très précise et très rigoureuse.
L'antisepsie doit être absolue, elle est très facile. — Elle concerne le chirurgien (mains, ongles, bras, etc.), les instruments, appareils, objets de pansement (stérilisation, ébullition, flambage), et la malade (intestin, vessie, lavage de la vulve, du vagin, etc.).
Chloroforme.
Manuel opératoire : Mise à nu du col. — Fixation du col indispensable, pourquoi. — Abaissement du col, avantageux mais non indispensable ; peut être dangereux dans certaines conditions.
Assurer la perméabilité utérine, par quels moyens. Utilité d'une dilatation suffisante. — Choix d'une curette, irrigatrice ou non, tranchante ou non.
Manœuvre de la curette.
Signe du « cri utérin », le plus souvent infidèle.
Écouvillonnage, topiques.
Lavage utérin terminal, drainage et tamponnement utérin, indications.
Reproches faits au curettage : 1° Il est inefficace ; examen de certains faits ; 2° Il est dangereux. Perforation utérine, ses conditions de possibilité, moyen de l'éviter. — Dangers des dilatateurs métalliques, et surtout de la traction placentaire avec des pinces. — Hémorragie. — Choc opératoire. — Production de nouveaux accidents infectieux ou augmentation de ceux qui existaient déjà. — Rupture possible de collections purulentes voisines de l'utérus.
Réfutation de ces critiques.

Tout en n'étant qu'une opération de petite chirurgie gynécologique, le curettage, dans la rétention placentaire post-abortive, est une intervention délicate et sérieuse. Bien des curettages exécutés à la légère sont demeurés inefficaces ou même ont été funestes, parce qu'ils étaient incomplets ou entachés d'une faute d'antiseptie ou d'une erreur opératoire. Le curettage doit

être aussi complet que possible et tendre à ne laisser aucun débris derrière lui. Nous avons vu quelquefois le curettage être illusoire entre les mains de certains praticiens dont une timidité excessive limitait l'action. Nous en avons vu d'autres donner les résultats les plus déplorables à la suite d'erreurs manifestes dans la propreté chirurgicale ou dans le manuel opératoire.

Pour être inoffensif et fructueux, le curettage doit procéder d'une technique très précise et très rigoureuse : la moindre négligence de détails peut en compromettre le succès. Nous plaçant toujours au point de vue des difficultés de la pratique courante, nous nous attacherons à décrire de notre mieux cette technique et à considérer les diverses complications qui peuvent rendre l'opération plus épineuse.

Le curettage post-abortif est presque toujours une intervention à peu près extemporanée, mais son urgence ne doit jamais dispenser d'aucune précaution antiseptique. D'ailleurs, l'antisepsie qu'il comporte est si simple et si facile que l'on est toujours maître de la faire à souhait, quel que soit le lieu, quel que soit le milieu où l'on opère. Nous considèrerons donc cette antisepsie relativement au chirurgien, aux instruments et à la malade.

Bien entendu, les *mains,* les *ongles,* les *avant-bras* de l'opérateur seront lavés, savonnés et brossés longuement, de préférence avec de l'eau chaude. Un lavage à l'alcool achèvera d'enlever les matières grasses qui auraient résisté au savon. Enfin les mains, les ongles et les avant-bras seront à nouveau brossés pendant quelques minutes, mais cette fois dans une solution de sublimé à 1 pour 1000.

Jusqu'ici tout dépend de la bonne volonté de l'opérateur : un accoucheur peut toujours avoir dans sa trousse du savon, une brosse à ongles, une petite fiole d'alcool et des paquets de sublimé.

Les *instruments* devront autant que possible être stérilisés à l'étuve. On pourrait avoir à l'avance, en cas de tout événement, une boîte métallique contenant ses instruments stérilisés. On peut cependant, sans regret, se dispenser d'une disposition semblable, coûteuse et souvent peu pratique pour les médecins éloignés d'une grande ville. Il est bien suffisant de faire bouillir les instruments et puis de les plonger dans une solution d'eau phéniquée à 25 pour 1000. Si l'on n'a ni le temps ni les moyens matériels de les faire bouillir, il suffit aussi de les faire passer à la flamme d'une lampe à alcool ou bien mieux de *faire un punch*, c'est-à-dire de les mettre tous dans un grand plat, de jeter dessus de l'alcool et d'y mettre le feu. On obtient ainsi une stérilisation suffisante et toujours possible.

La *fontaine vaginale* destinée à faire les irrigations sera lavée à l'eau bouillante; il est plus simple encore de promener sur ses parois internes un tampon d'ouate imprégné d'alcool et d'en approcher une allumette enflammée. Le tuyau de caoutchouc sera bouilli; on peut aussi se borner à y faire passer un courant d'eau phéniquée ou sublimée en solution forte. La canule vaginale devra être en métal ou en verre de façon à pouvoir être flambée, ou bouillie ou lavée dans un liquide antiseptique concentré.

Les instruments une fois stérilisés comme nous l'avons indiqué, on les déposera dans des plateaux à opérations, passés à l'étuve; si l'on n'en a pas, ce qui sera fréquent, on usera d'assiettes ou de plats flambés et à demi-remplis d'eau phéniquée. A défaut, il est très commode de les mettre sur un linge bouilli ou qui aura plongé une dizaine de minutes dans de l'eau sublimée à 1 p. 1000.

Les *objets de pansement* — le coton hydrophile, la gaze iodoformée — seront extraits de leur enveloppe juste au moment de commencer l'opération et déposés,

en la forme que nécessite leur destination, tampons ou bandelettes, dans des récipients flambés ou sur un linge préalablement désinfecté.

Il est superflu de dire que les objets de pansement ou les instruments stérilisés ne seront touchés qu'avec des mains désinfectées ou avec une pince passée à la flamme.

En ce qui concerne *la malade,* il faudra, si c'est possible, vider son intestin par un grand lavement. On devra également s'assurer de la vacuité de la vessie et en faire le cathétérisme s'il y a lieu. Les organes génitaux seront soigneusement lavés et savonnés; il vaut toujours mieux raser la vulve, ou tout au moins en couper les poils assez ras. Les poils longs sont collés par le sang, se chargent de débris et rendent plus difficile la propreté de la région. On pratiquera une injection vaginale à l'eau sublimée chaude; un ou deux doigts introduits dans le vagin en frotteront et déplisseront la muqueuse en tous points pour rendre plus général et plus efficace le contact du liquide antiseptique. Ce lavage fait, on insinuera sous le siège de la femme une serviette bouillie ou imprégnée d'eau sublimée. Il est prudent qu'on lui enveloppe les genoux, les jambes et les pieds dans un linge également sublimé, au cas où les mains viendraient à se mettre en contact avec eux. De même, une serviette analogue sera placée sur le ventre de la malade, pour permettre au chirurgien d'abaisser sans souiller sa main, le fond de l'utérus par la voie abdominale, s'il juge cette manœuvre nécessaire.

La malade étant placée dans la position obstétricale, de façon que son siège dépasse le bord du lit, ses jambes seront confiées à des aides qui doivent s'effacer le plus possible. Ces aides, pris le plus habituellement dans l'entourage, sont presque toujours maladroits, encombrants; il ne faut pas s'étonner que l'un d'eux

tombe en syncope au milieu de l'opération. Il vaut mieux, toutes les fois qu'on a le temps de s'outiller, ne pas recourir à leurs services et user des fourches *porte-jambes,* que l'on adapte au moyen d'une vis de pression au bord de la table.

Faut-il donner du chloroforme? Certes, l'anesthésie présente des inconvénients; elle nécessite un aide de plus, aide sérieux, instruit, habitué à manier le chloroforme et qu'on n'a pas toujours sous la main. Tous les chirurgiens savent quelles angoisses leur ont causées certaines anesthésies dirigées par des aides inexpérimentés. De plus, le chloroforme peut augmenter la dépression d'une femme déjà affaiblie par l'hémorragie ou l'infection, d'autant plus qu'il provoque souvent des vomissements qui empêchent d'alimenter l'opérée et de la soutenir par des toniques aussitôt après l'opération.

Ce sont là des arguments sérieux et de nature à impressionner. Mais il faut considérer que le curettage est, en somme, douloureux, qu'il dure en général un certain temps, si on veut le faire complètement, que la patiente peut, par ses cris, par ses mouvements, gêner le chirurgien et le *pousser à hâter la fin de l'opération* et à la laisser inachevée. En outre, l'intensité de la douleur chez une femme énervée, affaiblie, ne peut-elle être aussi une cause de dépression funeste?

Certains auteurs et M. le professeur Pinard parmi eux, accusent le chloroforme d'augmenter la perte de sang (1) et d'exposer à une hémorragie. Tout en reconnaissant la véracité de cette assertion, nous pouvons dire que, pour notre part, nous n'avons pas constaté que l'effusion sanguine ait jamais pris, dans nos cas de curettages avec anesthésie, des proportions de nature à nous alarmer ou à gêner la marche de l'opération.

---

(1) *Sem. méd.*, 1895.

Mais encore, si cela était, on aurait toujours moyen de modérer l'écoulement sanguin par une injection utérine d'eau chaude ou de l'arrêter par le tamponnement utérin. D'ailleurs, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de narcose chloroformique, le décollement placentaire, spontané ou instrumental, s'accompagne forcément d'un écoulement sanguin assez marqué s'il se fait sur une certaine étendue. En somme, nous conseillons de donner le chloroforme avec le plus grand ménagement chez les sujets dont l'état général est atteint, d'y renoncer même si la déchéance des forces est trop accusée, mais nous estimons que, toutes les fois que l'anesthésie sera possible, il faudra recourir à ce précieux auxiliaire.

On voit dans nos observations que plusieurs fois nous avons opéré sans chloroforme dans des cas où nous ne pouvions faire autrement, ou chez des malades d'une remarquable énergie.

Le col sera mis à nu au moyen d'une large valve appliquée sur la paroi postérieure du vagin. Si la paroi vaginale antérieure est flasque et tombante, il faut également la faire soutenir par une valve. Ces deux valves seront confiées à un aide. Dans certains cas où nous avions peu d'aides à notre disposition et où il s'agissait d'une fausse couche précoce, nous avons pu nous dispenser de valve et maintenir le col découvert avec un simple spéculum de Cusco ou de Bouveret qui peut souvent rester en place de lui-même ou être confié, grâce à son anneau, à l'une des personnes qui supportent les jambes. Le col une fois mis à nu est nettoyé avec plusieurs tampons d'ouate imprégnés d'eau sublimée. Puis on saisit une de ses lèvres avec une pince de Duplay, pince à un seul mors qui le blesse moins que la pince de Museux. Cette saisie du col est sans danger et elle est nécessaire car, lorsque le chirurgien exerce par l'intermédiaire d'une pince une tension sur l'une

des lèvres du eol, sa main perçoit une sensation beaucoup plus nette de tous les eontaets apportés sur l'utérus; s'il existe une flexion, il peut, par une légère traction, l'atténuer pour aider à la franehir. Un utérus ainsi saisi ne fuit pas, repoussé par l'instrument, curette ou éeouvillon, qui eherche à le pénétrer, cette pénétration est plus aisée, elle est plus exempte de danger, parce que l'instrument suit une paroi tendue au lieu de se heurter à un angle de flexion ou à un pli quelconque de la muqueuse. La saisie du col est un des plus sûrs moyens d'éviter la perforation de l'utérus.

Il peut être utile également d'abaisser doueement l'utérus jusqu'à la vulve. Certains utérus s'abaissent très aisément. Cette manœuvre facilite beaucoup l'opération, de plus, elle rend possible, lorsque l'utérus n'est pas trop grand, l'exploration digitale de la cavité utérine, si précieuse aux divers moments du curettage, pour en surveiller la marche et en vérifier l'efficacité. On doit être très ménager de cet abaissement de l'utérus, lorsque la rétention placentaire est aceompagnée d'aecidents septieémiques. Les annexes pourraient être atteints et l'on s'exposerait à rompre quelque frèle adhérenee pelvi-péritonique. Il faut, avant d'y recourir, s'être assuré par un examen soigneux qu'il n'existe aucune lésion pelvienne. Dans la majorité des eas, eet abaissement est inoffensif et ne eomporte que des avantages. Mais, nous tenons à dire qu'il n'est nullement besoin d'abaisser un utérus pour le euretter, ce qui permet d'intervenir même dans les eas où les annexes sont envahies par un proeessus inflammatoire (Obs. XXXVII).

La perméabilité utérine est une condition essentielle d'un bon curettage. Le plus souvent, quand l'avortement est de date récente, le col et l'orifice utérin sont largement ouverts, ou tout au moins suffisent au passage d'une sonde utérine dilatatrice, comme celle de Doléris, dont le faible écartemeut arrive à donner un

calibre suffisant. Il faut en effet que la curette puisse franchir le canal cervical librement et sans résistance, si l'on veut éviter toute chance de perforation. Si donc, au moment d'intervenir, on se trouve en présence d'un col refermé ou insuffisammeut praticable, il faut lui donner la perméabilité nécessaire.

Les moyens les plus rapides sont ici les meilleurs. Cependant, il faut écarter comme dangereux les dilatateurs mécaniques divergents. Nous montrerons plus bas leurs méfaits, imputés à tort trop souvent au curettage.

Les ballons dilatateurs ne sont pas d'un grand secours, en ce sens que si l'on peut introduire un ballon, la perméabilité est suffisante pour faire passer une mince curette ou tout au moins une sonde utérine dilatatrice, dont l'écartement suffirait à accentuer le calibre du canal cervical.

Les tiges métalliques dites bougies d'Hégar permettent, grâce à leur graduation, d'obtenir en peu de temps une ouverture assez large pour donner passage à la curette. Il ne faut pas craindre de pousser assez loin cette dilatation, il faut la faire lentement, avec ménagement, et commencer par des numéros assez faibles. Il s'agit de fatiguer peu à peu la fibre musculaire utérine, plutôt que de la forcer brusquement. Si l'on a du temps devant soi et que l'intervention ne s'impose pas avec urgence, on pourra dilater graduellement le col utérin au moyen des tiges de laminaire qui sont d'un usage si précieux et si courant en gynécologie. Nous les employons moins souvent dans le cas qui nous occupe, surtout si la rétention placentaire s'accompagne du moindre phénomène septicémique. L'obturation du col, complète et prolongée que provoquent ces tiges, nous paraîtrait de nature à amener la rétention d'éléments infectieux. Comme on pourra le voir dans quelques-unes de nos observations, nous n'avons pas hésité à

recourir à la dilatation laminaire prolongée pendant plusieurs jours chez des femmes atteintes d'hémorragie post-abortive traînant en longueur, mais exempte de toute manifestation septicémique, et chez lesquelles le canal cervical était absolument refermé.

Lorsqu'il s'agira de faire ou d'accentuer rapidement la dilatation préopératoire du col, nous donnerons toujours la préférence aux bougies graduées d'Hégar.

Il faut que cette dilatation soit poussée assez loin pour que la curette puisse parcourir librement le canal cervical. Un très grand nombre de déchirures utérines dans le curettage ont été dues à une dilatation insuffisante, surtout s'il existe un angle de flexion que la dilatation aurait redressé ou aurait rendu plus facilement franchissable. *La dilatation complète est ici une des meilleures garanties de la sécurité opératoire.*

Avant d'introduire la curette, il est bon de faire un soigneux lavage utérin avec une sonde dilatatrice pour nettoyer le champ opératoire et pour accentuer la dilatation, si l'utérus est déjà perméable, ou pour compléter l'œuvre des bougies d'Hégar, s'il a été nécessaire d'y recourir.

Nous donnons la préférence aux curettes qui sont constituées par une large boucle annulaire, ronde ou ovale, montée sur un long manche métallique. Ce manche peut être canaliculé de façon à permettre l'arrivée d'un jet de liquide qui opère l'*irrigation* de la cavité utérine. M. le professeur Lanelongue (de Bordeaux) pense que ces curettes irrigatrices sont plutôt dangereuses en ce sens qu'elles peuvent lancer dans la cavité péritonéale, en cas de perforation, du liquide toxique et des débris septiques. On peut répondre à cette accusation que l'irrigation entraîne progressivement tous les éléments septiques détachés par la curette. Si une perforation se produit, on a plus de chances d'être dans un milieu aseptique que si l'utérus

était encombré de débris infectieux détachés de sa surface interne. Certes, l'opinion défendue par M. le professeur Lanelongue est des plus saisissantes : indépendamment de la pénétration, en cas de déchirure, de liquides toxiques (sublimé ou acide phénique), on ne peut avoir la prétention de tuer instantanément les germes infectieux à l'aide du lavage continu intra-utérin. D'autre part, si l'on n'use pas de l'irrigation, il nous semble que les fragments détachés de la surface utérine et le sang qui s'écoule encombrent la cavité de la matrice, peuvent s'accumuler au-devant de l'orifice cervical et gêner en somme l'opération. Au contraire, l'irrigation entraîne le sang et le dilue, en empêche la coagulation, déblaie les débris détachés par la curette et permet d'en reconnaître immédiatement la nature. Aussi usons nous toujours d'une curette irrigatrice, mais en tenons le jet fermé pendant les mouvements du curettage, faisant de temps en temps couler le liquide pour amener au dehors les éléments abrasés par la curette. Grâce à cette irrigation intermittente, nous croyons pouvoir déblayer le champ opératoire sans nous exposer au danger que paraît comporter l'irrigation simultanée avec la manœuvre du curettage.

La curette doit-elle être *tranchante*? Certains chirurgiens donnent la préférence aux curettes mousses, surtout dans les cas où l'utérus est infecté et où sa paroi dégénérée est plus molle et plus friable. Sauf certains cas particuliers, nous estimons qu'un opérateur prudent et expérimenté aura tout avantage à se servir d'une curette à bords légèrement tranchants qui enlèvera mieux et plus complètement les débris adhérents et abrasera avec plus d'énergie une muqueuse altérée, fongueuse ou sphacélée. Dans les cas de rétention avec hémorragie, nous nous sommes toujours félicité de l'emploi d'une curette à bords tranchants qui assurait

l'évacuation plus rapide de l'utérus et en excitait plus activement les contractions. Que pourrait faire une curette mousse dans ces cas où certains fragments placentaires, épais, de consistance comme fibreuse, adhèrent fortement à l'utérus et ne sont entamés qu'avec peine par une curette tranchante? D'ailleurs, les curettes annulaires ne présentent pas les mêmes dangers que les curettes de forme allongée, effilée, comme celle de Récamier, par exemple, qui, si elles sont très tranchantes, constituent une sorte de couteau.

De la main gauche on tient, comme nous l'avons dit, l'une des lèvres du col au moyen d'une pince de Duplay. Sauf le cas où le col regarderait très en haut vers le pubis et où il vaudrait mieux saisir la lèvre postérieure, on tient de préférence la lèvre antérieure. Il serait même plus sûr de tenir successivement la lèvre correspondant à la paroi que l'on curette.

On fait pénétrer la curette lentement et doucement. Si malgré les précautions prises ou les prévisions de l'opérateur l'orifice interne était refermé ou difficilement franchissable, il faudrait ne pas insister et refaire la perméabilité soit avec une sonde dilatatrice, soit avec quelques bougies d'Hégar.

Si un débris placentaire plus ou moins gros obstrue le canal cervical et empêche la pénétration de la curette, il faut, ainsi que nous l'avons déjà dit, s'abstenir de tirer dessus avec une pince. Nous avons montré les dangers de cette manœuvre, si féconde en ruptures utérines. Si le fragment n'est pas adhérent, la curette l'amènera au dehors aidée de l'irrigation; s'il est adhérent, elle le désinsèrera plus sûrement que ne l'aurait fait une pince.

Il faut franchir *très doucement* l'orifice interne : Dans son voisinage peut se trouver un angle de courbure avec amincissement du tissu utérin qui se prêterait à une déchirure. Il serait fâcheux de tomber dans le dé-

faut contraire et de prendre, ainsi que nous l'avons vu faire, l'orifice interne refermé pour le fond de l'utérus et se borner à curetter le canal cervical, qui est quelquefois très allongé.

La curette ira doucement à la recherche du fond de l'utérus. Elle sera promenée en tous points de la cavité utérine, de façon à en prendre contact et à apprécier la profondeur de ses divers points. Elle explorera surtout la région du fond et des cornes de l'organe ; on peut se trouver quelquefois en présence d'un fond très convexe avec une des deux cornes très profondes et en infundibulum (Obs. XXXVII). Il est bon d'être prévenu à l'avance de cette particularité, car si pendant le curettage l'instrument s'enfonçait subitement dans la dépression constituée par une corne anormalement développée on pourrait croire avoir perforé l'utérus. Il faut procéder avec lenteur, avec méthode, et passer en tous points ou curetter d'abord la face antérieure, ce qui est souvent délicat en raison de l'amincissement qui peut en être le siège, puis la face postérieure et ensuite, en y portant le plus grand soin, les deux angles utérins. Ce curettage des angles doit être à la fois très prudent et très complet ; c'est là que la perforation serait la plus aisée. C'est aussi là que l'on aurait le plus de chances de laisser des éléments de rétention. L'importance de ce nettoyage parfait de la région angulaire est démontrée par ce fait que bien souvent, chez des femmes atteintes de phénomènes septicémiques, la douleur caractéristique causée par la pression de l'une des cornes utérines disparaît immédiatement après un curettage bien fait.

Il arrive souvent que d'abord la curette ne ramène rien, ou seulement quelques débris insignifiants. Il faut insister et l'on voit au bout d'un moment sortir de gros fragments placentaires sur lesquels la curette *avait jusque là glissé sans parvenir à les entamer*. Il est utile de

savoir la possibilité de ces faits sur lesquels ont insisté les adversaires du curettage, racontant que bien des fois, quelques jours après une intervention infructueuse, on avait vu tout ou partie du placenta sortir seul de l'utérus.

Certains opérateurs usent, pour le curettage des régions angulaires, soit de la curette de Récamier, soit des curettes coudées ou de curettes de tout petit volume, de façon à mieux atteindre le fond des cornes utérines. Cette multiplicité instrumentale n'est, à nos yeux, qu'une complication. La même curette, si elle n'est pas trop grosse et si elle est bien maniée, peut servir à l'abrasion totale de l'endomètre.

« On est averti que la curette est arrivée sur la paroi musculaire de l'utérus par une sensation spéciale et un bruit particulier, le *cri utérin,* assez fort quelquefois pour que les assistants l'entendent. Le frémissement ondulatoire qui accompagne ce bruit est transmis par la curette à la main de l'opérateur et peut même être perçu par les assistants s'ils appliquent la main sur la paroi abdominale au niveau de l'utérus » (Tarnier). Il serait imprudent, comme le fait remarquer M. Tarnier, de se fier outre mesure à ce cri utérin. Nous avons pu bien souvent constater qu'il faisait défaut alors que notre curette était directement en rapport avec le tissu utérin, surtout si le tissu est altéré par un processus infectieux ; d'autre part, certains placentas dégénérés, de consistance fibreuse, donnent lieu à un cri des plus nets (1).

Il faut autant que possible s'aider des renseignements que peut donner le *toucher digital* de l'utérus. Grâce à lui, on peut parfois reconnaître avant le début de l'opération où siègent les éléments retenus, quelles sont la consistance et l'épaisseur du tissu utérin et quel est l'état de la muqueuse. Après le curettage, il

(1) V. observations IX, XXVIII, XLVIII.

vérifie si tout est enlevé. Cet *examen digital* est des plus utiles, bien souvent le toucher utérin facilité par l'abaissement cervical ou abdominal de l'utérus nous a révélé la présence d'un ou de plusieurs cotylédons qui avaient échappé à un curettage énergique et minutieux.

En somme, il faut curetter posément, doucement et sans hâte et surtout ne pas croire trop tôt que l'opération est finie; il est bon de passer à nouveau la curette sur les endroits qu'elle a déjà atteints; on amènera quelquefois ainsi au dehors des fragments placentaires sur lesquels la curette avait passé sans les entamer.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que le curettage post-abortif ne tend pas uniquement à l'extraction des cotylédons retenus, mais aussi à l'abrasion d'une muqueuse malade ou infectée.

Comme nous l'avons dit, il est bon de lâcher de temps en temps, pendant que la curette n'est pas en mouvement, un jet d'eau chaude pour déblayer la surface utérine.

On terminera le curettage par une irrigation intra-utérine d'eau très chaude, donnée avec la curette elle-même, ou mieux avec une sonde dilatatrice. Tout n'est pas fini lorsqu'on a retiré la curette : Il reste à compléter l'action par l'*écouvillonnage* qui achève le nettoyage de la muqueuse et ramène de petits débris que la curette a pu laisser flottants dans la cavité utérine. On peut employer, si l'on en a de stérilisés, les écouvillons imaginés par M. Doléris semblables à ceux dont se servent les tonneliers pour rincer les bouteilles; ils consistent en une tige métallique souple garnie sur une longueur de 8 à 10 centimètres de crins solides qui forment une sorte de cylindre hérissé de mille pointes. On n'a pas toujours à sa disposition d'écouvillons stérilisés, aussi leur préférons-nous de minces tampons d'ouate hydrophile enroulés autour de tiges métalliques ou de pinces passées à la flamme.

Les topiques dont on imprègne ces écouvillons ou ces tampons sont différents : Les uns emploient d'abord l'acide phénique en solution à 50 pour 1000, puis le sublimé à 1 pour 1000 (Lanelongue); d'autres l'éther iodoformé. Avec M. Doléris, nous préférons la glycérine créosotée au 1/3 qui joue un rôle non seulement antiseptique, mais encore très hémostatique.

Comme M. Pichevin, nous rejetons absolument l'injection de perchlorure de fer ou de teinture d'iode avec une seringue de Braun après l'abrasion de la muqueuse. Nous l'avons déjà dit à propos du traitement de l'hémorragie, cette pratique est très dangereuse et elle compte à son actif des accidents foudroyants.

Une irrigation utérine sera faite après l'application du topique pour ne pas en abandonner en excès dans l'utérus. S'il s'agit d'un caustique comme la glycérine créosotée, il faut veiller à ne pas en laisser séjourner dans le vagin. Rappelons encore que *toutes les injections utérines données avant, pendant et après le curettage doivent être administrées à une très faible pression.*

Il est bon, après le curettage, de ne pas laisser vide la cavité utérine et d'en assurer le drainage. Si l'on a opéré pour une rétention avec septicémie ou simplement tendance à l'infection, on placera un gros crayon d'iodoforme ou mieux une mèche de gaze iodoformée très lâche, très peu serrée, disposée de façon à permettre la libre issue des sécrétions. Si l'intervention est motivée par des accidents hémorragiques chez une femme qui a déjà perdu beaucoup de sang, on fera un véritable tamponnement utérin un peu serré, tel que nous l'avons décrit plus haut. Certainement le curettage, s'il est bien complet, est par lui-même hémostatique, mais il pourrait arriver un peu d'inertie utérine secondaire ou bien quelque vaisseau béant pourrait laisser suinter du sang. Or, chez une femme affaiblie

déjà par une hémorragie, il y a intérêt à rendre impossible toute effusion sanguine, si légère qu'elle soit.

Le pansement utérin sera suivi d'un pansement vaginal à la gaze iodoformée, plus ou moins serré, suivant les mêmes indications, mais toujours assez solide pour soutenir l'utérus, l'immobiliser et atténuer les secousses que pourraient provoquer les vomissements, la toux, etc. Ce pansement, surtout s'il est constitué par un tamponnement un peu compact, ne doit pas être laissé en place trop longtemps. S'il s'agit d'un cas indemne de toute infection, on pourra ne l'enlever qu'au bout de 24 ou 48 heures en surveillant attentivement la température et l'odeur des liquides sécrétés. Si la malade était quelque peu infectée au moment de l'opération, on ne laisserait pas le pansement plus de 24 heures ou quelquefois même 12 heures, il sera souvent opportun, dans ces cas, de faire suivre son ablation d'un lavage utérin. Dans plusieurs de nos cas nous avons vu une élévation de température postérieure au curettage, cesser immédiatement après ablation du tamponnement utérin; aussi depuis ces faits nous sommes-nous résolu à le retirer beaucoup plus tôt.

Les *reproches* faits au curettage peuvent se résumer en ces deux chefs d'accusation : 1° il est inefficace; 2° il est dangereux.

Il est en effet des cas où le curettage a laissé derrière lui de volumineux débris de placenta, des lambeaux de membranes et a respecté presque dans son entier une muqueuse utérine fongueuse et profondément altérée. Les accidents ne sont en rien amendés par ces interventions à peine ébauchées. Mais il nous semble plus légitime de mettre ces insuccès à la charge de l'opérateur plutôt que d'en accuser la méthode. Le curettage est, il ne faut pas l'oublier, une opération chirurgicale. Son exécution comporte une certaine hardiesse, une

certaine énergie qui s'accommodent mal d'une timidité par trop médicale.

Il est certain que celui qui n'osera pas délibérément abaisser le col ou le fixer avec une pince, qui n'accentuera pas la perméabilité cervicale si elle est insuffisante, qui promènera avec hésitation sa curette dans la cavité utérine, ou même, comme nous l'avons vu faire, dans le col qu'il redoute de franchir et qui se hâte, dès l'expulsion d'un ou deux débris, de déclarer terminée une opération qui n'est pour ainsi dire pas commencée, risque de compromettre par ses échecs et ses déboires le bon renom de la méthode.

On connaît des faits légendaires, tels que le cas, rapporté dans tous les Traités, d'un petit fœtus laissé dans l'utérus par un curettage qui n'avait fait que lui couper les jambes (1).

Une exploration attentive de la cavité utérine avec le doigt, le passage répété de la curette en tous les points de cette cavité, permettront de n'oublier ni placenta, ni membrane, ni fœtus.

De tous les accidents reprochés au curettage, le plus saisissant est la *perforation de l'utérus*. Nous sommes loin de partager l'optimisme de certains auteurs qui, se basant sur quelques cas, en ont affirmé d'une façon générale l'innocuité (Dupuy, Liebmann, Rabl-Ruckhard, Lehmus, Hoening, *Congrès de Gratz*, 1878), et tout en reconnaissant que, bien souvent, la perforation peut n'avoir pas de suites funestes, nous ne pouvons oublier les cas de mort qu'elle a entraînés. Les exemples en sont d'ailleurs assez rares. Comme le démontre Alberti, la perforation au cours du curettage est moins fréquente après l'avortement qu'après l'accouchement à terme. Les circonstances qui sont de nature à la rendre possible sont multiples. M. Pichevin les a passées

(1) Tarnier et Budin. Traité d'accouchement, t. II, p. 506.

en revue dans un intéressant mémoire publié dans les *Annales de gynécologie* de mai 1895.

Il faut se souvenir d'abord que la grossesse ramollit le tissu utérin et que ce *ramollissement* porte surtout au niveau de l'insertion placentaire (1) : Il est d'autant plus accentué que la grossesse est plus avancée; cependant, on a noté des perforations après une fausse couche de 3 mois (Heichmann, Ortmann) et même à la suite d'un avortement de quelques jours (Alberti).

L'*infection puerpérale*, si elle existe, vient encore exagérer la faiblesse de la paroi utérine. Scanzoni a démontré la dégénérescence de la fibre musculaire dans ces cas. Riess, dans ses travaux sur l'atrophie post-puerpérale de l'utérus, a étudié l'amincissement extrême de la paroi utérine. Il a trouvé que la muqueuse était détruite tantôt partiellement, tantôt en totalité. L'*atrophie de la musculature* était si prononcée dans un cas que la paroi n'était plus représentée que par des thromboses et des vaisseaux ectasiés. Plusieurs fois on a noté que la perforation s'était produite après l'accouchement, alors qu'il existait du pus hors de la matrice (Pichevin).

Les *déviations utérines* peuvent elles aussi exposer à la perforation; il existe souvent un amincissement marqué de la paroi au niveau de l'angle de flexion; cette condition devra rendre l'opérateur plus prudent encore, si la flexion est accompagnée d'adhérences qui immobilisent l'utérus dans sa position vicieuse.

Il est bon de parler ici de la possibilité d'un incident de nature à troubler profondément un opérateur non prévenu; il peut arriver que la curette s'enfonce brusquement assez loin dans l'utérus sans qu'il y ait perforation. On a invoqué une sorte de paralysie subite de la musculature utérine et son relâchement sous l'in-

---

(1) Gerbaud. Thèse d'Agrégation, 1886.

fluence du curettage. Nous estimons qu'il faut aussi tenir compte de la distension de l'utérus par le fait de l'irrigation continue pendant le curettage, surtout si une cause quelconque, par exemple l'obturation du canal cervical par un caillot ou un débris placentaire, venait empêcher le retour du liquide. En présence de pareils faits, on introduira un hystéromètre, ou mieux, si l'on se sert d'une curette à large boucle annulaire, on la poussera doucement jusqu'au fond de l'utérus, on lui en fera prendre le contact et l'on vérifiera la profondeur de la cavité en plusieurs points différents. On reconnaîtra ainsi que l'utérus est régulièrement dilaté et non point perforé. On retirera la curette et par quelques pressions on réveillera la contractilité musculaire de l'utérus qui expulsera le liquide qu'il contient — chose très importante — et reprendra ses dimensions primitives.

Nous avons parlé plus haut d'une disposition anatomique qui pourrait également jeter le trouble dans l'esprit : c'est le cas où une corne est plus développée que l'autre; la curette pénètre subitement à une grande profondeur, on pourrait croire, si l'on n'y prenait garde, à une perforation de l'utérus; en tout cas, le curettage en devient plus délicat.

En somme, nous croyons devoir conclure de l'étude de ces faits qu'un opérateur prudent, accoutumé à la chirurgie utérine et prévenu des circonstances qui rendent plus facile une complication telle que la perforation, pourra presque toujours, en agissant avec les précautions que nous avons énumérées, éviter ce redoutable accident.

Il faut bien le reconnaître, dans l'immense majorité des cas, la perforation est due à une *faute opératoire*. Souvent on n'a pas assuré une dilatation suffisante et la curette est gênée dans ses mouvements par l'orifice interne, ou ne peut le franchir qu'au prix d'un effort

dangereux. Dans d'autres cas, la maladresse et même la brutalité de l'opérateur sont éclatantes. M. Cassaët a cité l'exemple d'un gynécologiste qui enfonça sa curette si profondément que l'instrument ne put être saisi qu'avec de longues pinces (1). Dans une discussion mémorable à la *Société de Gynécologie* de Berlin, à laquelle prirent part Veit, Fehling, Olshausen, Gusserow, etc., on rapporta des faits extraordinaires de culs-de-sacs défoncés, d'utérus largement déchirés et d'intestins faisant hernie dans le vagin.

Bien des perforations imputées à la curette ont été faites par les manœuvres de dilatation préalable, lorsqu'on a eu recours à divers *dilatateurs* mécaniques divergents. Howard-Kelly, Haynes et surtout M. Auvard ont montré les dangers de ces instruments qu'ils qualifient de « perforateurs par excellence ». Le dilatateur de Schultze, à deux branches, et celui de Sims, à trois branches, plus communément employés en France, sont particulièrement dangereux. Si l'on examine en effet ces appareils, on voit que l'écartement des branches fait porter l'effort de la dilatation sur un point unique qui est l'extrémité terminale de la branche, extrémité toujours plus ou moins tranchante. Il peut en résulter, si la paroi utérine est de faible résistance, une ou plusieurs perforations linéaires qui passeront d'abord inaperçues pour se révéler plus tard par des accidents que l'on attribuera à la curette.

Les mêmes considérations doivent inspirer quelques réserves à l'égard de certaines sondes utérines minces et terminées par une extrémité tranchante. C'est ainsi que la sonde de Segond, si précieuse en gynécologie, pourrait donner lieu à quelques mécomptes dans un utérus modifié par la puerpéralité.

On a souvent mis sur le compte de la curette plu-

---

(1) Pichevin. *Annales de gynécologie*, mai 1895.

sieurs accidents dus à la *pince* dont certains gynécologistes s'aident pendant le curettage, pour tirer directement sur le placenta. Nous avons déjà signalé les dangers de cet instrument de traction aveugle. Plusieurs chirurgiens allemands emploient concurremment avec des curettes une sorte de pince quelquefois coupante, qui procède par section, par écrasement et par torsion. Son usage nous semble très périlleux, comme celui de la pince ordinaire. Dans la plupart des cas effroyables rapportés par Martin, Gusserow, par Veit, etc., à la Société d'obstétrique de Berlin, il avait été fait usage de la pince maniée avec une telle brutalité qu'elle avait non seulement rompu l'utérus mais amené dans le vagin l'épiploon ou une anse intestinale.

Nous connaissons bien des faits où la perforation faite au cours d'une manœuvre d'avortement criminel aurait pu être imputée au curettage sans le secours des commémoratifs et sans l'examen direct des pièces. C'est ainsi que chez une femme curettée par un de nos distingués confrères pour une rétention placentaire post-abortive avec accidents infectieux, on trouva à la nécropsie une large déchirure du fond de l'utérus. Le mari de cette malheureuse avoua quelques jours plus tard qu'il l'avait fait avorter en lui enfonçant dans la matrice une mèche de vilebrequin.

Les adversaires du curettage post-abortum lui ont également reproché de provoquer des hémorragies, de déterminer un choc opératoire, des accidents infectieux et d'amener la rupture des collections pyosalpingitiques qui peuvent entourer l'utérus.

Il est rare certainement que le curettage ne s'accompagne pas de quelque *écoulement de sang* dû soit au décollement d'éléments placentaires soit à l'ouverture de sinus utérins dont les caillots obturateurs ont été enlevés par la curette. Quoique un peu plus importante que celle qui accompagne le curettage de l'utérus non

puerpéral, l'effusion sanguine est généralement sans gravité. L'utérus excité par l'action de la curette se rétracte et les fibres musculaires péri-vasculaires resserrent les orifices béants des vaisseaux. Mais il peut arriver que l'utérus reste inerte et que l'hémorragie prenne des proportions inquiétantes.

La possibilité de tels accidents, exceptionnels en somme, ne diminue en rien la valeur du curettage et ses indications. Nous avons montré que l'abstention dans la rétention placentaire exposait les malades à des hémorragies formidables et, comme le fait remarquer M. Tarnier, une intervention bénigne, telle qu'une injection utérine, pourrait déterminer une hémorragie intense (Obs. XXIX). D'ailleurs, en pareils cas, on se trouverait dans les meilleures conditions pour arrêter la perte de sang. Si elle est de moyenne intensité, on complète rapidement le curettage et le plus souvent on la voit cesser d'elle-même, une fois que la muqueuse est entièrement nettoyée. C'est dans ce cas que la curette irrigatrice sera précieuse en permettant de faire passer un courant d'eau très chaude dans l'utérus sans avoir à substituer une sonde à la curette et sans trop ralentir le curettage. Si cependant, malgré l'eau chaude, le sang coulait à flot, il faudrait interrompre l'opération en tamponnant solidement la cavité utérine avec de la gaze iodoformée (1).

---

(1) Observation XXXVI : *Rétention placentaire post-abortive. Violente hémorragie pendant le curettage, arrêtée par tamponnement utérin. Curettage définitif deux jours après.* — Marie B..., 38 ans, quintipare. Fait le 5 mars 1896 une fausse couche de trois mois. Non expulsion du placenta. Nous la voyons trois jours après, le 8 mars. Perte de sang assez abondante. Une injection utérine est donnée sans succès. Tentative infructueuse de curage digital. Curettage. On ramène de volumineux débris placentaires. La malade perd du sang en abondance. L'eau chaude que nous avions demandée fait défaut. Nous sommes mal aidé. L'eau chaude que nous obtenons enfin pour une injection utérine ne nous satisfait ni comme température ni comme propreté. Nous pratiquons un tamponnement uté-

Nous avons dit qu'avant d'entreprendre un curettage il fallait toujours avoir prêt et à sa portée de quoi faire un tamponnement utérin.

Le *choc opératoire,* a-t-on dit, peut hâter la fin de malades épuisées par une hémorragie ou minées par l'infection. De plus, il est des cas (1) où, au cours d'un curettage, la mort se serait produite comme par un phénomène d'inhibition. Il est évident que si l'on se trouve en présence de femmes très prostrées, on devra après avoir provisoirement assuré l'hémostase par un tamponnement utérin s'il s'agit d'une hémorragie, différer l'intervention de quelques heures que l'on emploiera à relever l'état général par tous les moyens possibles (boissons alcooliques, injections sous-cutanées d'éther ou de caféine, injections abondantes de sérum artificiel, inhalations d'oxygène). Chez ces malades on sera particulièrement circonspect à l'endroit du chloroforme. Administré avec ménagement, il sera de nature à rendre moins possibles les accidents réflexes d'inhibition, très rares heureusement, qui ont été signalés à propos du curettage comme ils l'avaient été à propos d'injections utérines ou même du simple cathétérisme utérin.

La *production de nouveaux accidents infectieux* reprochés à certains curettages nous paraît uniquement imputable à une faute d'antisepsie. « On a encore accusé la curette de trop aviver la muqueuse utérine et d'ouvrir ainsi de nouvelles portes d'entrée à l'infection. Cette critique paraît fondée, mais si, avant de commencer le curettage, on prend soin de faire une injec-

---

rin et deux jours après, dans de meilleures dispositions, mieux aidé, après avoir prévu nous-même les moindres détails de l'opération, *ce que nous aurions dû faire la première fois*, nous achevons l'évacuation de l'utérus. Fragments placentaires en partie décollés, mais très solidement insérés. Suites excellentes.

(1) Pichevin. *Ann. de gyn.,* mai 1895.

tion utérine, on débarrassera l'utérus d'une partie des microbes qui s'y trouvent; si, en second lieu, dans le cours d'un curettage, on renouvelle à plusieurs reprises le lavage utérin; si enfin, l'opération terminée, on procède à un nettoiement sévère de l'utérus et à un badigeonnage de sa cavité avec un antiseptique puissant, on se mettra dans les meilleures conditions possibles pour éviter une nouvelle inoculation » (1).

Enfin, on a prétendu que les manœuvres du curettage pouvaient, au cas où existeraient dans le voisinage de l'utérus des collections purulentes ou une hématocèle (Obs. XXVII), *rompre les adhérences* qui les limitent et en provoquer la diffusion. Nous l'avons dit, l'abaissement de l'utérus qui, s'il facilite le curettage, n'est pas indispensable à sa bonne exécution, doit n'être tenté qu'après un toucher bi-manuel sérieux et attentif démontrant l'intégrité des annexes.

Entre les mains d'un opérateur très prudent, les *lésions des annexes*, même à l'état aigu, ne contre-indiquent pas le curettage pratiqué pour déblayer un utérus infecté par des débris placentaires. Avec précaution, en nous bornant simplement à maintenir l'utérus fixé avec la pince de Duplay, sans l'abaisser, nous avons pu, chez trois malades atteintes l'une d'hématocèle rétro-utérine, les autres de lésions pelvi-péritonitiques ayant amené de l'empâtement des culs-de-sac et des adhérences, pratiquer sans encombre le curettage et supprimer ainsi les accidents préexistants (Obs. XXXVII, XXXVIII, XXXIX et XLIII).

(1) Tarnier, De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, p. 501.

OBSERVATION XXXVII

Avortement incomplet. Hémorragie prolongée. Complications pelvi-péritonitiques. Curettage. Guérison.

Mme C..., 25 ans, secondipare. Remarque une suppression de règles en octobre 1895. Elle perd, après quelques coliques, du sang, à la fin de novembre. Cette perte dure 10 jours, elle est assez abondante. Quelques caillots sont expulsés ; ils ne sont pas examinés. Cette perte se transforme en un suintement continu pendant une quinzaine de jours ; mais le 20 décembre survient une perte plus abondante qui dure 6 jours. Pas de repos ni d'interruption des travaux habituels ; puis recommence un suintement de sang rougeâtre, laissant sur les linges comme des débris de brique écrasée. Fréquentes coliques très douloureuses. Le col n'est pas ramolli, il est entr'ouvert ; l'utérus est en antéflexion, débordant le pubis. Il mesure 9 centimètres.

On conseille le repos et les injections chaudes. Le repos est très relatif.

Il est fait à Mme C... trois séances d'un traitement qui consiste en écouvillonnage à la glycérine créosotée, lavage utérin avec la sonde de Segond et introduction de crayons d'iodoforme. La malade ne garde aucun repos ; elle éprouve le cinquième jour de vives douleurs abdominales avec frisson, pâleur, nausées. Cet état se calme, sans cesser complètement, sous l'influence de lavements laudanisés. L'hypogastre est très douloureux au palper. Le toucher permet de constater que le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur du volume d'une mandarine, empiétant sur le cul-de-sac droit, légèrement fluctuante. T. : 37°.

Repos absolu. Injections chaudes à basse pression.

15 janvier : Mme C... perd toujours du sang, en petite quantité, mais d'une façon continue ; elle est très pâle, très faible quoique s'alimentant bien. La tumeur qui emplissait le cul-de-sac postérieur est moins douloureuse à la pression, elle a diminué de volume. Sa consistance est inégale, il n'y a plus de fluctuation. Elle présente les caractères d'une petite hématocèle en voie de régression. Température normale.

En raison de la continuation de ces pertes, le curettage est décidé pour le lendemain.

16 janvier : Pas d'anesthésie. Dilation du canal cervical avec les bougies d'Hégar. Lavage utérin. Le curettage ramène des débris de muqueuse épaissie et des fragments qui ont nettement l'aspect cotylédonaire. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée. Lavage utérin. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 18 : Ablation du tampon. L'opérée n'a pas souffert du ventre. Il ne s'écoule pas de sang.

Mme C... n'a pas perdu de sang jusqu'au retour de ses règles, qui ont eu lieu normalement un mois après.

Le 1er mars : On trouve encore chez elle, dans le cul-de-sac postérieur, une masse du volume d'une noix, dure, un peu bosselée, non douloureuse à la pression.

Cette masse a peu à peu disparu, le cul-de-sac était entièrement libre la dernière fois que nous avons vu Mme C..., en mai 1896.

OBSERVATION XXXVIII

Avortement ovulaire. Rétention de débris. Hémorrhagie. Lésions pelvi-péritonitiques et annexielles. Curettage. Guérison.

Mme R..., 32 ans, devient enceinte vers la fin de l'année 1895. D. R., 15 décembre.

Le 25 janvier 1896, perte de sang subite précédée de violentes douleurs hypogastriques ; expulsion d'une masse grosse comme une noix et qui a été jetée sans avoir été examinée. Depuis ce moment, pertes incessantes et abondantes qui retentissent bientôt sur l'état général et amènent une anémie très prononcée.

Le 5 février : L'utérus est un peu volumineux, immobilisé en rétroflexion. Culs de sac empâtés, très douloureux ; col béant mais orifice interne perméable ; pas d'odeur. T. ; 38,5. Malgré le repos au lit et une injection chaude, l'hémorragie persiste.

6 février : Curettage sans anesthésie. Dilatation du col avec les tiges de Hégar. Le col est fixé avec la pince de Duplay, mais il n'est fait aucune tentative d'abaissement, en raison des accidents pelvi-péritonitiques et annexiels. La curette ramène, avec des débris de muqueuse épaissie, deux fragments gros

comme un grain de maïs et qui paraissent de nature ovulaire. Badigeonnage à la glycérine créosotée. Tamponnement intra-utérin très léger.

Le 8 février : Ablation du tampon. Léger suintement qui finit par disparaître.

Le 12 février : Après une selle très pénible, se produit une petite hémorragie.

On veille dans les jours suivants à éviter toute constipation et cet accident ne se reproduit plus.

Guérison complète.

OBSERVATION XXXIX

Rétention post-abortive compliquée de pelvi-péritonite et salpingite double.

Mme V..., 30 ans, primipare.

1er mai 1894 : Fausse couche de trois mois. Expulsion du fœtus. Rétention placentaire.

4 mai : T. : 38°.

5 mai : Douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque, à gauche ; empâtement très marqué et très douloureux des culs-de-sac latéral gauche et postérieur. T. M. : 38,2 ; T. S. : 39°.

6 mai : T. M. : 39°. Curettage. Anesthésie. Le col est maintenu fixé *sans aucun abaissement*. Ablation de fragments placentaires un peu fétides. T. S. : 39°. Les douleurs abdominales n'ont pas augmenté.

7 mai : T. M. : 37,8 ; T. S. : 38°.

8 mai : T. M. : 37,2 ; T. S. : 38°.

On constate peu à peu la disparition des douleurs et celle de l'empâtement.

La guérison a été complète.

OBSERVATION XL

Avortement incomplet. Accidents infectieux malgré des injections utérines. Curettage.

Elisa M..., 35 ans, secondipare.

Le 19 mai 1895, est tombée en portant un fardeau très lourd. Aussitôt elle a été prise de douleurs lombaires qui ont persisté.

Le 24 mai, a débuté une perte de sang assez abondante qui a duré trois jours. Le 27, elle a expulsé un fœtus de trois mois. Rétention du placenta. Elle est entrée à l'Hôpital le même jour; on lui a donné dès ce moment deux injections utérines chaque jour. Pas de fétidité des lochies. Légère perte de sang continue; pas de fièvre.

Le 1er juin, les lochies sont devenues légèrement fétides.

Anesthésie chloroformique. Longue injection utérine. Curettage. On ramène d'abord quelques fragments placentaires. *La surface utérine crie en tous points*, de façon à donner l'illusion d'un utérus vide. Le curettage est très laborieux en raison de l'adhérence du placenta, qui ne se détache que par petits lambeaux. Beaucoup de sang est perdu pendant l'opération.

Lavage utérin ; écouvillonnage à la glycérine créosotée. Tamponnement utérin et vaginal assez serrés en raison de l'hémorragie qui s'est produite pendant l'opération.

Le lendemain, ablation du tampon. Pas de fétidité. Lavage utérin.

Suites normales; régression utérine rapide.

OBSERVATION XLI

Avortement incomplet. Hémorragie et infection. Curage digital ; guérison.

Angèle T..., âgée de 33 ans, quintipare. Entre à la Clinique Obstétricale, le 20 avril 1894, perdant du sang depuis 15 jours.

D. R., 1 février. La malade paraît très affaiblie et très anémiée. Pâleur, petitesse et fréquence du pouls. T. : 38,5.

Le vagin est obstrué par des caillots d'une odeur fétide. Le

col est entrouvert, on y sent une masse de consistance placentaire.

Grande injection vaginale et utérine; la main est facilement introduite dans le vagin et, à l'aide de trois doigts, le placenta est détaché. Il pèse 50 grammes. Par endroits, il est dur et comme crétifié, l'odeur en est fétide. Nouvelle exploration de la cavité utérine; au point d'insertion placentaire, au fond de l'utérus, on trouve encore quelques débris qui s'effritent sous le doigt. Une longue injection utérine les entraîne. Tamponnement léger de l'utérus avec la gaze iodoformée.

La malade perdant beaucoup de sang et étant très affaiblie, on lui injecte sous la peau 300 grammes de sérum artificiel.

21 avril : La faiblesse continue. P. : 120. Langue sèche, saburrale. T. : 37,2. Injection de 300 grammes de sérum artificiel. Potion alcoolique. Ablation du tampon utérin.

Pas de perte de sang.

22 avril : T. : 37,2; P. : 100. Encore un peu de faiblesse et de dépression. Injection de 200 grammes de sérum artificiel.

Les forces sont peu à peu relevées et la malade, complètement guérie, a quitté le service le 2 mai.

OBSERVATION XLII

Avortement incomplet. Hémorragie et infection. Curage digital. Guérison.

Désirée B..., 18 ans. D. R., 16 novembre 1891. Est atteinte le 21 février 1892, sans cause connue, d'une hémorragie notable, qui continue sans interruption jusqu'au 24 février.

Malade très anémiée. Pouls petit, tissus décolorés. L'utérus s'élève à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; on sent par moments le globe utérin se contracter sous la main. Des injections chaudes et fréquentes et le repos au lit arrêtent l'hémorragie, mais le 26 février le fœtus est expulsé.

Le 27 février, T. : 38,4. Ecoulement vaginal un peu fétide. Lavage utérin avec la sonde de Doleris qui ramène, saisi entre ses deux branches, un morceau de placenta gros comme le doigt. Le soir, après une longue injection utérine, on pratique le curage digital et l'on extrait une masse placentaire du volume

d'un gros œuf de poule, d'une odeur fétide. Lavage utérin prolongé. Le toucher utérin montre que la cavité est absolument vide. Léger tamponnement utérin et vaginal. Cette intervention a été pratiquée sans chloroforme. Elle a été rendue difficile par le peu de perméabilité du col, l'élévation de l'utérus peu abaissable et le peu de dépressibilité de la vulve chez une primipare.

Les suites ont été excellentes.

OBSERVATION XLIII

Vaginite blennorragique. Salpingite. Avortement incomplet. Curettage. Guérison.

Mélanie L..., 19 ans, entre à la Clinique Obstétricale le 9 mai 1895. Elle raconte qu'elle a eu ses dernières règles en février, elle a eu depuis des pertes vaginales abondantes, verdâtres, épaisses et souffre beaucoup en urinant.

Le 8 mai au soir, étant tombée, elle a éprouvé de vives douleurs dans les reins mais ne s'est pas arrêtée. Le 9, au matin, elle a perdu brusquement du sang en abondance. A son arrivée on constate une hémorragie abondante accompagnée depuis la veille de fortes douleurs d'expulsion ; l'utérus déborde la symphyse pubienne. La pression au niveau des deux fosses iliaques est très douloureuse et permet de constater un notable empâtement de la région. Le col est entr'ouvert et très mou, le cul-de-sac antérieur est rempli par le corps utérin en antéversion.

Le lendemain, les douleurs se calment mais il s'écoule toujours un peu de sang par suintement. T. : 37,8.

Le 13, l'hémorragie reprend avec une certaine intensité, en même temps la température s'élève à 39,2. Le curettage est décidé. Le corps de l'utérus est d'une très grande mollesse, il est profond de 12 centimètres et distendu par des caillots putrides et des masses placentaires. Il s'écoule beaucoup de sang pendant l'opération. Après le curettage, la cavité utérine est lavée longuement et l'on pratique un tamponnement utérin et vaginal.

Le lendemain T. : 37,8. Elle revient peu à peu à la normale et la malade quitte bientôt le service absolument guérie.

OBSERVATION XLIV

Avortement de deux mois et demi. Rétention placentaire. Curage digital insuffisant. Continuation des hémorragies. Currettage. Guérison.

Le 3 janvier 1893, Mme X., enceinte de deux mois et demi, ressent de vives douleurs hypogastriques et perd un peu de sang. (Repos, lavements laudanisés).

Le 4 au matin, après avoir souffert toute la nuit, elle expulse un fœtus mesurant environ 7 centimètres et deux ou trois caillots volumineux. Le placenta et les membranes sont retenus. Injections vaginales répétées, pansement iodoformé du vagin.

12 janvier : Les lochies deviennent quelque peu fétides; expulsion spontanée d'un fragment placentaire large comme une pièce de 5 francs. Dès lors, les pertes deviennent franchement sanglantes et, de temps en temps, il est expulsé des caillots.

Le 18, survient, sans cause connue, une hémorragie abondante; violentes douleurs d'expulsion à la suite desquelles sortent des caillots gros comme le poing. Nausées, frissons, défaillances. Des injections vaginales très chaudes diminuent la perte de sang sans l'arrêter. Tamponnement vaginal très serré, enlevé au bout de 12 heures.

L'hémorragie ne se reproduit pas, mais la température s'élève le 20 à 39,2. Injection utérine avec la sonde de Doléris, rendue difficile par suite de l'obturation de l'orifice cervical par un bouchon qu'on serait tenté de prendre pour un caillot, mais que le doigt reconnaît à sa consistance pour être de nature placentaire.

La température descend dans la nuit à 38,5.

Le 21, T. : 38,1. Après une injection utérine, T. : 37,6. Mais dans l'après-midi, T. : 39°.

Le curage digital est pratiqué. La main introduite dans la cavité vaginale saisit et retire de l'utérus une portion de placenta assez volumineuse, ce qui permet de penser que l'évacuation utérine est complète.

Température reste normale. Injections utérines quotidiennes. Il sort quelques débris.

Vers la fin du mois, la malade recommence à perdre du sang. Issue de caillots, ayant les dimensions de la cavité cervico-utérine et en donnant pour ainsi dire le moulage.

Le 4 février : L'écoulement de sang devient de plus en plus abondant. On pense que la cavité utérine contient encore des portions de placenta et le curettage est décidé pour le lendemain.

5 février : Pas d'anesthésie. La curette ramène des débris placentaires nombreux, blanchâtres, sans odeur, dont l'ensemble représente le volume d'une grande cuillerée.

Depuis l'opération, l'état de la malade a été excellent, les pertes sanguines ont cessé d'une façon complète. La convalescence a été rapide et le retour de couches a eu lieu très normal un mois après le curettage, le 6 mars.

OBSERVATION XLV

Avortement. Rétention placentaire partielle. Infection. Traitement par les injections utérines.

Angèle D..., 22 ans, D. R. Le 20 janvier 1895. Il survient le 10 mars, sans cause appréciable, une perte légère constituée par un liquide marron ; cette perte a duré deux jours, accompagnée de coliques hypogastriques très vives. Elle reparaît le 14 et dans la nuit du 16 au 17 se produit une hémorragie abondante avec expulsion de gros caillots. Cette hémorragie cesse. La malade reprend son travail, mais le 18, elle se renouvelle avec la même abondance.

Le 19, elle se transforme en perte modérée, toujours accompagnée de douleurs hypogastriques.

Le 23 mars : Entrée à l'hôpital, la perte est à ce moment presque nulle. On se borne à donner chaque jour deux injections vaginales et intra-utérines. Pas d'hyperthermie. Lochies non fétides.

Le 28, les lochies sont fétides et d'une couleur brunâtre. T. : 38,8. Expulsion, à la suite d'une injection utérine, d'un

caillot de la grosseur d'une amande et de quelques débris placentaires non putréfiés.

Le 29 : Expulsion de nouveaux débris placentaires. T. : 38 ; le 30, T. : 39. Même traitement.

31 mars : T. : 37,2. Lochies peu abondantes, sentent moins mauvais. Bon état général.

1er avril : T. : 38. Les injections utérines ramènent encore quelques débris non odorants.

2 avril : T. : 38. Expulsion d'un cotylédon placentaire gros comme une noix.

Dès lors, la température est demeurée normale. La malade a quitté le service au bout de quelques jours mais elle souffrait encore un peu du ventre et gardait quelque leucorrhée.

OBSERVATION XLVI

Avortement incomplet. Infection. Curettage. Guérison.

Marie A..., 25 ans, journalière. A fait le 3 avril une fausse couche de trois mois. A son dire, le fœtus est passé inaperçu. Les jours suivants, les pertes de sang ont continué, s'accompagnant de douleurs de plus en plus intenses.

Elle entre à la Clinique le 8 avril. T. : 38,6. Lochies abondantes et fétides; par le toucher, on atteint le placenta, mais son insertion est trop élevée pour qu'on puisse faire le curage digital. Le soir, T. : 39. Le curettage pratiqué avec anesthésie retire de volumineux fragments placentaires fétides et sphacélés. Badigeonnage utérin avec des tampons imbibés d'eau phéniquée à 50 p. 1000. Tamponnement utérin léger à la gaze iodoformée.

Le lendemain matin, la température était à 38° et le soir 37° Dès lors elle est restée normale. La régression utérine s'est faite très rapidement et douze jours après la malade a quitté la Clinique.

OBSERVATION XLVII

Avortement de deux mois. Rètention. Infection. Curettage. Guérison.

Marie C..., vingt-trois ans. Fait le 1[er] juin une fausse couche de deux mois. Le fœtus est expulsé après une hémorragie très abondante mais le placenta ne sort pas. La malade entre à l'Hôpital le 2 juin. Le col est ramolli, effacé, entrouvert. On trouve le placenta mobile dans l'utérus, mais maintenu par une adhérence. Une injection utérine n'amène pas son expulsion. La température est de 38,6. On essaie le curage digital, mais le col n'est pas suffisamment perméable pour permettre le passage du doigt. Après une dilatation faite avec la sonde de Doléris, le doigt pénètre dans l'utérus. Les éléments placentaires sont trop adhérents pour pouvoir être ainsi détachés.

Curettage. On retire de l'utérus des débris placentaires qui, réunis, pèsent environ 50 grammes. Le soir même, la température monte à 39,5; frisson violent.

Le lendemain matin, T. : 38,5. Le soir, T. : 37,5.

Le 4 juin au matin, T. : 37,5 et le soir 37,4.

Guérison complète.

OBSERVATION XLVIII

Fausse couche de deux mois. Poche amniotique intacte. Rétention du placenta. Curettage. Guérison.

Marie B..., 23 ans, primipare.

D. R., fin avril. Vers le 10 juillet, commence a éprouver des douleurs hypogastriques. Dans la nuit du 18 juillet, hémorragie subite très violente et expulsion d'un fœtus présentant la particularité d'être complètement enveloppé dans sa poche amniotique intacte et pleine de liquide. Le placenta était complètement resté dans l'utérus.

Le 19 : T. M. : 37,2 ; T. S. : 38. Injection intra-utérine.

Le 20 : T. M. : 37,8 ; T. S. : 38,5. Même traitement.

Le 21 : T. M. : 38,8. Les lochies sont devenues très fétides.

Le curettage est pratiqué et ramène un placenta du volume d'un gros œuf. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée.

Le soir même, la température tombe à 37,5 et dès lors reste à la normale.

OBSERVATION XLIX

Avortement incomplet. Infection grave. Curettage. Guérison.

Nathalie G..., 35 ans. A eu depuis sa jeunesse plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu avec retentissement cardiaque. Primipare. Sa grossesse date du commencement de mai 1894. A commencé à perdre du sang le 8 juillet. Expulsion de caillots. Trois jours après, frisson violent, fétidité des lochies. Traitement purement médical.

Le 16 juillet : Entre à la Clinique Obstétricale. Elle est profondément infectée. Il se dégage de ses organes génitaux une odeur repoussante. Lochies noirâtres et fétides. L'utérus est gros et dépasse le pubis de deux travers de doigt. T. : 39°. Il existe au cœur un souffle très net au premier temps et à l'orifice mitral avec propagation axillaire. Râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue du poumon.

Le 17 : T. M. : 39°; T. S. : 40°. Injections vaginales et utérines. Le curettage est pratiqué dans la soirée. Le col, largement béant, est volumineux comme une mandarine, déchiqueté, érodé ; ectropion bi-labial. Le placenta est inséré sur la face antérieure de la cavité utérine qui est profonde de 14 centimètres. La masse placentaire extraite pèse 90 grammes. Injection utérine et écouvillonnage avec une solution phéniquée à 50 p. 1000. Tamponnement utéro-vaginal, peu serré, à la gaze iodoformée.

Le 18 : Au matin : T. : 40° ; le soir, T. : 38,8 ; P. : 132°. Abattement ; langue sèche. Chaleur mordicante de la peau, facies terreux.

Pas de douleur à la pression au niveau de l'utérus ou des annexes. Deux piqûres d'éther ; lait et champagne frappé, potion à l'extait de quinquina.

18 juillet : La nuit, pas de frisson. T. : 37,8 ; le soir, T. : 38,4.

19 juillet : Ablation de la gaze iodoformée. Injection utérine

qui revient assez claire. Il existe 1 gramme d'albumine dans les urines. Régime lacté absolu. T. M. : 39,8; T. S. : 39,5. Aucune modification dans l'état cardiaque.

20 juillet : T. M. : 38°; T. S. : 37,2.

Dans les jours qui suivent il existe une grande amélioration. La température varie entre 37° et 37,8. Pas de douleurs hypogastriques, pas de pertes odorantes.

28 juillet : La malade est absolument guérie, quant aux suites opératoires. Il existe encore quelques traces très légères d'albumine. Elle demande à quitter le service.

CONCLUSIONS

Il résulte de cette étude et des observations que nous avons rapportées, que la période plus ou moins longue, qui précède l'expulsion des annexes du fœtus abortif, est signalée plus souvent qu'on ne le pense généralement par des accidents dus *à la septicémie* ou *à l'hémorragie*. Cette dernière surtout peut survenir soudaine et violente, alors qu'on n'est plus là pour y porter remède.

La longue rétention totale ou partielle du placenta amène presque toujours, au point de vue septicémique, des accidents qui, s'ils n'on pas un retentissement immédiat, *agissent à distance et constituent chez la malade une tare pathologique pour l'avenir*.

En présence de l'hémorragie ou de l'infection, les procédés usuels, tels que les *injections vaginales chaudes, antiseptiques* et les *lavages intra utérins,* sont dans la majorité des cas insuffisants; ils amènent rarement l'expulsion des éléments retenus. Le tamponnement vaginal bien fait arrête généralement une hémorragie, mais ne provoque guère l'expulsion du placenta, et l'hémorragie peut se reproduire après son ablation.

Le vrai traitement pathogénique consiste à évacuer l'utérus, soit avec le doigt, soit avec la curette.

Le *curage digital,* pour être bien fait, demande une exploration totale de la cavité utérine avec un ou deux doigts, et la pénétration du doigt jusqu'à l'insertion des éléments placentaires. C'est donc autre chose qu'une traction sur le placenta ou un fragment partiellement décollé avec le doigt et, ce qui est pire, *avec la pince,* instrument aveugle et d'un emploi condamnable. Le curage digital est quelquefois rendu difficile par l'étroitesse de l'anneau vulvaire (primipares), par l'impossibilité d'abaisser l'utérus et par le volume de la cavité utérine trop grande pour être explorée digitalement.

S'il échoue, il faut faire le *curettage,* qui triomphe presque constamment des accidents. Il ne sera *inefficace* qu'entre des mains timides, négligentes ou trop hâtives. Jamais nous n'avons laissé dans l'utérus le moindre fragment placentaire. Comme toute opération, il peut être *dangereux* entre des mains malhabiles ou malpropres. La plupart des accidents signalés sont dus à des fautes d'antisepsie ou opératoires. N'user ni de la pince ni du dilatateur métalliques divergents. Explorer avec le doigt pendant et après l'opération.

Le curettage est une opération *chirurgicale* délicate qui peut avoir à faire face à des incidents épineux et inattendus. Nul n'est obligé de la faire : dans l'infection, on a devant soi le temps de recourir à un confrère plus expert; dans l'hémorragie, qui ne laisse pas ce loisir, on a la ressource de faire le *tamponnement utérin,* procédé d'hémostase irréprochable.

En dehors de tout accident, l'expectation pure est, pour nous, une imprudence. La malade reste en imminence d'hémorragie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, l'extraire avec le doigt et la curette. En tout cas, toutes les fois que la malade ne pourra être sou-

mise à une surveillance effective, nous considérons *comme une faute* de la quitter sans l'avoir mise dans l'impossibilité absolue d'avoir en notre absence une hémorragie soudaine, et pour cela nous préconisons le *tamponnement utérin,* d'une innocuité et d'une prophylaxie parfaites.

TABLE DES MATIÈRES

III

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES HÉMORRAGIES PAR RÉTENTION PLACENTAIRE

IV

INFECTION

V

TECHNIQUE DU CURETTAGE

20,370. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.





